

ALCOHOL
CIJFERS IN PERSPECTIEF
(1994-2004)

Auteur

Else De Donder, stafmedewerker VAD

Mede-auteurs

Monique M.A.P. Kuunders, beleidsmedewerker van STAP
(Stichting Alcoholpreventie) in Nederland

Fred Laudens, stafmedewerker VAD

Dr. Frieda Matthys, psychiater Free Clinic Antwerpen, voorzitter VAD

Peter Ruymbeke, student tweede licentie criminologie, universiteit Gent,
stagiair op VAD

Jochen Schrooten, stafmedewerker VAD

Wim E. Van Dalen, directeur van STAP (Stichting Alcoholpreventie)
in Nederland

Redactie

Marijs Geirnaert, directeur VAD

Marie-Claire Lambrechts, stafmedewerker VAD

Fred Laudens, stafmedewerker VAD

Jochen Schrooten, stafmedewerker VAD

Geert Verstuyf, stafmedewerker VAD

Hilde Kinable, stafmedewerker VAD

Al het mogelijke werd gedaan om de informatie in dit boek zo juist en actueel te maken als kan. Auteurs of uitgever kunnen niet verantwoordelijk worden gesteld voor mogelijke nadelen die lezers door eventuele onvolkomenheden in het boek zouden kunnen ondervinden.

Else De Donder (Red.)

Alcohol

Cijfers in perspectief
(1994-2004)

Garant

Antwerpen-Apeldoorn

Else De Donder (Red.)
Alcohol
Cijfers in perspectief (1994-2004)
Antwerpen – Apeldoorn
Garant
2006

284 blz. – 24 cm
D/2005/5779/112
ISBN 90-441-1832-3
ISBN 978-90-441-1832-2
NUR 883

Omslagontwerp: Vanstiphout Design

© Else De Donder & Garant-Uitgevers n.v.

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de uitdrukkelijke bij wet bepaalde uitzonderingen
mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in
een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze ook,
zonder de uitdrukkelijke voorafgaande en schriftelijke toestemming
van de auteurs en van de uitgever.

Garant
Somersstraat 13-15, B-2018 Antwerpen
Koninginnelaan 96, NL-7315 EB Apeldoorn
www.garant-uitgevers.be uitgeverij@garant.be
www.garant-uitgevers.nl info@garant-uitgevers.nl

INHOUD

VOORWOORD	11
HOOFDSTUK 1 INLEIDING	13
HOOFDSTUK 2 DEFINITIES	15
2.1 Een breed assortiment termen over alcohol	15
2.1.1 Wanneer spreken we van een problematisch drinkpatroon?	16
2.1.2 De diagnose problematisch alcoholgebruik	18
2.1.3 Hoeveel is te veel?	21
2.2 Meten van alcoholconsumptie	23
2.3 Omvang van de alcoholgerelateerde schade inschatten	25
HOOFDSTUK 3 MARKT VAN VRAAG EN AANBOD	29
3.1 Geproduceerde alcohol	29
3.2 In- en uitvoer van alcohol	32
3.3 Opbrengst van de alcoholverkoop	34
3.4 Alcohol kopen en consumeren	38
3.5 Tewerkstelling in alcoholindustrie	43
3.6 Markteconomische trends	45

HOOFDSTUK 4 PREVALENTIE VAN ALCOHOLGEBRUIK EN GEBRUIKSPATRONEN 47

4.1	Alcoholgebruik in de algemene bevolking	48
4.1.1	Per-capita-consumptie	48
4.1.2	Drinkpatronen	49
	<i>Drankvoorkeuren</i>	50
	<i>Drinkers versus geheelonthouders</i>	53
	<i>Alcoholconsumptie tijdens de week en in het weekend</i>	54
	<i>Dagelijkse drinkers</i>	56
	<i>Gedronken hoeveelheid</i>	57
	<i>Overconsumptie</i>	58
	<i>Beginleeftijd</i>	59
4.2	Alcoholconsumptie door jongeren	61
4.2.1	VAD-leerlingenbevraging	64
4.2.2	HBSC-studie	66
4.2.3	Beginleeftijd van alcoholgebruik	71
4.3	Bijzondere aandacht voor studenten in het hoger onderwijs	75
4.4	Vrouwen drinken minder en minder vaak dan mannen	79
4.5	Drinken tijdens het uitgaan	84
4.6	Alcohol plus ...: over combigebruik en polydruggebruik	88
4.6.1	Polydruggebruik	88
4.6.2	Combigebruik	89
4.7	Trends in alcoholgebruik	91

HOOFDSTUK 5 INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN DE ALCOHOLCONSUMPTIE: BELGIË CENTRUM VAN EUROPA 95

5.1	Per-capita-consumptie	96
5.2	Drinkpatronen van de volwassen bevolking: België schommelt rond het EU-gemiddelde	97
5.3	Drinkpatronen van jongeren	100
5.4	Conclusies over onze positie op wereldvlak	102

HOOFDSTUK 6 GEVOLGEN VAN ALCOHOLGEBRUIK 103

6.1	Problematisch gebruik van alcohol	103
6.1.1	Problematisch alcoholgebruik in de bevolking	104
6.1.2	Problematisch alcoholgebruik bij studenten	107
6.2	De effecten van alcoholgebruik op de gezondheid	109
6.2.1	Morbiditeit	109
6.2.2	Overlijdens	110
6.3	Sociale gevolgen van alcoholgebruik	115
6.3.1	Impact op gezin en kinderen	116
	<i>Kinderen</i>	116
	Prenataal	117
	Postnataal	117
	Intergenerationeel doorgeven	118
	<i>Partner</i>	119
	Partnergeweld	119
	Andere gevolgen voor de partner	120
6.3.2	Werk	121
	<i>Werkloosheid, werk en inkomen</i>	121
	<i>Absenteïsme, arbeidsproductiviteit en sfeer op het werk</i>	123
	<i>Arbeidsongevallen</i>	124
6.3.3	Agressie en geweld versus alcoholgebruik	125
	<i>De rol van alcohol bij agressie en geweld tegenover anderen</i>	125
	<i>Seksuele aanranding en alcoholconsumptie</i>	127
	<i>Suicide door alcoholgebruik</i>	128
	<i>Verklaringen voor het verband tussen alcoholgebruik en agressie</i>	129
6.3.4	Verkeers- en andere ongevallen	130
	<i>Ongevallen</i>	130
	<i>Verkeersongevallen</i>	133
6.3.5	Rijden onder invloed en andere aan alcohol gerelateerde misdrijven	138
	<i>Rijden onder invloed van alcohol</i>	138
	<i>Andere aan alcohol gerelateerde misdrijven</i>	143
6.4	Kosten en baten van alcoholgebruik	146
6.5	Conclusies over de gevolgen van alcoholgebruik	151

HOOFDSTUK 7	HULPVERLENING BIJ ALCOHOLPROBLEMEN: PROFIEL VAN CLIËNTEN IN BEHANDELING	155
7.1	Hulpverleningsaanbod en zorggebruik in Vlaanderen	155
7.2	Nulde lijn	158
7.2.1	Zelfhulpgroepen: Anonieme Alcoholisten	158
7.2.2	DrugLijn	159
7.3	Ambulante hulpverlening op de eerste lijn	161
7.3.1	Huisartsen	161
7.3.2	Centra Algemeen Welzijnwerk	165
	<i>Begeleid (zelfstandig) wonen voor thuislozen</i>	166
7.4	Ambulante hulpverlening op de tweede lijn	167
7.4.1	Privépsychiaters en psychotherapeuten	167
7.4.2	Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg	167
7.5	Residentiële hulpverlening (derde lijn)	170
7.5.1	Minimale psychiatrische gegevens	170
	<i>Psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen: 1996-1998</i>	171
	<i>Initiatieven beschut wonen en psychiatrische verzorgings-tehuizen: 1999-2001</i>	172
	<i>Totaal aantal medisch psychiatrische opnamen: 1999-2003</i>	173
7.5.2	Gedwongen opname	175
7.6	Gespecialiseerde drughulpverlening	178
7.6.1	Vlaamse Registratie Middelengebruik	178
7.6.2	Vlaamse Vereniging van Behandelcentra Verslaafdenzorg	179
7.7	Hulpverlening aan alcoholgebruikers in lokale en/of eenmalige studies	180
7.7.1	Hulpverlening in de provincie Antwerpen	180
7.7.2	De Oost-Vlaamse hulpverlening in cijfers	181
7.7.3	De behandeling van alcoholafhankelijkheid in 5 Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen	182
7.8	Gebruik van alcohol en andere drugs	183
7.9	Trends in de cijfers over hulpverlening bij alcoholproblemen	184

HOOFDSTUK 8	BOVENOP DE CIJFERS: MARKANTE TRENDS VAN DE LAATSTE 10 JAAR	187
8.1	Alcoholmarketing en jongeren: analyse van het actuele debat over de regelgeving	188
8.1.1	Alcoholreclame hot issue	188
8.1.2	Debat over alcoholreclame laait op	189
	<i>Het belang van vrijheid van marketing voor de alcoholindustrie is zeer groot</i>	189
	<i>Alcoholbranche wil reclame helemaal zelf regelen</i>	191
	<i>Zelfregulering versus wettelijke reclameregels</i>	192
8.1.3	Er is meer alcoholreclame dan je denkt	194
	<i>Moderne communicatiemiddelen en -strategieën in opkomst</i>	194
	<i>Omvang alcoholreclame amper gereguleerd</i>	195
8.1.4	Heeft reclame invloed op het drinkgedrag van jongeren?	196
	<i>Eerste onderzoeken naar de impact van reclame vaak te grootschalig</i>	197
	<i>Specifiek onderzoek legt specifieke verbanden bloot</i>	197
	<i>'Counter'-reclame kan effect alcoholreclame niet opheffen</i>	198
8.1.5	Wachten op Europa of zelf reguleren?	199
8.1.6	Verskil in regelgeving Europese landen maakt toekomst onzeker	200
8.1.7	Literatuur	200
8.2	Mag je drinken of moet je? Positieve aspecten van matig alcoholgebruik.	202
8.2.1	Inleiding	202
8.2.2	Cardiovasculaire aandoeningen	203
8.2.3	Cognitieve functies	204
8.2.4	Metabole stoornissen	206
8.2.5	Is wine fine or beer better?	207
8.2.6	Conclusie	207
8.2.7	Literatuur	208
8.3	Opvallende drinktrends (bij jongeren)	211
8.3.1	Verschillende patronen in alcoholconsumptie	211
8.3.2	Indrinken	211
8.3.3	Binge-drinken	212
8.3.4	Alcopops	214
8.3.5	Combigebruik	215
8.3.6	Literatuur	216

HOOFDSTUK 9	TRENDS IN ALCOHOLGEBRUIK: SAMENVATTING EN BEDENKINGEN	219
	Alcohol economisch bekeken	220
	Alcoholgebruik	221
	Problemen door alcoholgebruik	225
	Hulpverlening bij problematisch alcoholgebruik	229
BIJLAGE 1:	AFKORTINGENLIJST	233
BIJLAGE 2:	METHODOLOGISCHE ACHTER- GROND BIJ DE GEBRUIKTE BRONNEN	235
BIJLAGE 3:	INTERNETADRESSEN	273
LITERATUUR		275

VOORWOORD

Alcohol. Cijfers in Perspectief belicht de bestaande cijfers over alcohol, en dit voor de periode 1994-2004.

We leggen de cijfers – over alcohol, -gebruik en -misbruik – die we de in de loop der jaren verzamelden naast elkaar om zo een globaal beeld van de evoluties en trends te schetsen. Daaraan koppelen we dan een verdere uitdieping op basis van studies en publicaties. Voor topics waarover weinig cijfermateriaal bestaat, bijvoorbeeld de sociale gevolgen van alcoholgebruik, geven we een beknopt overzicht van de evidentie in de literatuur.

Als toemaatje bevat de publicatie nog een aantal kritische bijdragen: we vroegen drie auteurs een opvallende trend in verband met alcohol te beschrijven. Deze bijdragen – over alcoholmarketing en jongeren, over opvallende drinkpatronen van jongeren en over de vraag of u nu beter wél of niet af en toe een glaasje drinkt – vindt u in hoofdstuk 8.

Dit boek kwam tot stand dankzij de medewerking van verschillende instanties die hun datamateriaal ter beschikking stelden.

Ten slotte wensen we prof. dr. Bert Aertgeerts, em. prof. dr. Joris Casselman, Anne Hublet, Patrick Lambrecht en Marcel Vanhex te bedanken voor hun kritische lezing.

VAD – 2005



HOOFDSTUK I

INLEIDING

Alcohol is een bijzonder product. We gebruiken het courant als voedingsmiddel maar ook als genotmiddel. We drinken alcohol als dorstlesser, voor de smaak, voor de gezelligheid maar ook omwille van het (verdovende) effect. De meeste Belgen drinken al dan niet regelmatig een glaasje alcohol. Voor jongeren gelden er een paar leeftijdsbeperkingen maar verder is alcohol bij ons in al zijn vormen door iedereen en nagenoeg overal volstrekt legaal te verkrijgen.

Voor het grootste deel van de bevolking gaat de consumptie van alcohol niet gepaard met problemen. Voor sommigen kan de consumptie negatieve gevolgen hebben op het vlak van gezondheid, veiligheid of in de sociale sfeer. Deze groep zorgt voor een significante sociale kostprijs.

Vanuit een welzijns- en gezondheidsperspectief is het dan ook geen overbodige luxe om de alcoholconsumptie en de alcoholgerelateerde problemen zo accuraat en systematisch mogelijk in beeld te brengen.

In Vlaanderen is onderzoek over alcoholgebruik bijzonder schaars. Toch vinden we veel data om de alcoholconsumptie van de bevolking te beschrijven in onderzoek naar middelengebruik in het algemeen en in diverse registratiesystemen. Dit boek bundelt voor het eerst al deze informatie tot een geheel met als doel een grondig inzicht te bieden in het alcoholgebruik van jongeren en volwassenen vandaag. Tevens wil dit boek een overzicht geven van opmerkelijke evoluties die zich de laatste 10 jaar voordeden.

Om acties te kiezen, te plannen en nadien ook te evalueren is een duidelijk beeld van de beginsituatie nodig. In het evidence-baseddiscours dat meer en meer ingang vindt zowel op het terrein van hulpverlening, preventie als beleid, is het immers noodzakelijk om beslissingen te nemen op basis van objectieve feiten. Maar het in kaart brengen van objectieve gegevens mag geen sluitstuk zijn. Voor preventiewerkers, hulpverleners of beleidsmakers kan deze verzameling objectieve epide-

miologische gegevens dan ook een leidraad zijn om het veldwerk te onderbouwen en om concrete acties op te zetten.

Dit overzicht draait in de eerste plaats om cijfers. In Vlaanderen zijn niet van alle alcoholgerelateerde thema's die in dit boek aan bod komen cijfers voorhanden. In dat geval zochten we meer duiding in de internationale literatuur. Aangezien onze doelstelling er ook uit bestaat trends aan te geven van de laatste 10 jaar baseren we ons zoveel mogelijk op bronnen die cijfers voor verschillende jaren geven. Waar dit niet mogelijk bleek, bespreken we toch eenmalige bronnen of onderzoeken.

Naast de objectieve cijfers over de trends in alcoholconsumptie, beschreven in hoofdstuk 2 tot 7, bundelen we in hoofdstuk 8 veeleer kritische teksten over 3 tendensen die de laatste 10 jaar opvielen: alcoholmarketing en jongeren, de vraag of matig alcoholgebruik ook positief kan zijn en opvallende drinktrends.

We hopen dat dit boek een handig naslagwerk wordt waarin studenten, onderzoekers, preventiewerkers, hulpverleners, beleidswerkers of journalisten voldoende materiaal vinden om hun uitvoerende opdracht te sturen of te ondersteunen.

In dit boek spreken we doorgaans over het drinken van alcohol. Voor een vlotte leesbaarheid zullen we het soms kortweg over drinken hebben. Voor alle duidelijkheid: we bedoelen dan het drinken van alcoholische dranken.

2

HOOFDSTUK 2

DEFINITIES

2.1 Een breed assortiment termen over alcohol

Alcohol ontstaat door gisting van sommige soorten suikers, veelvuldig voorkomend in vruchten, of uit een brouwsel van granen (Schrooten, 2004). Afhankelijk van welk product men vertrekt, kunnen we de verschillende alcoholische dranken opsplitsen in 3 groepen: bier, wijn en gedistilleerde of sterkedrank. *Bier* ontstaat door het gisten van gemoute gerst, water, biergist en hop. *Wijn* wordt verkregen door gisting van druivensap. Naast gewone wijn bestaat er ook een aantal varianten zoals 'mousserende wijn', die een tweede gisting op fles heeft doorgemaakt en 'versterkte wijn' zoals Porto, waarbij extra gedistilleerde alcohol is toegevoegd. *Sterkedrank* is eigenlijk een uitzondering op de regel, omdat men hier na het gistproces de verkregen alcohol een aantal keren gaat distilleren zodat het alcoholpercentage van de drank gevoelig stijgt. Een bijzondere categorie zijn de alcopops. Dit zijn mixdrankjes van (bekende) gedistilleerde dranken met limonades of vruchtensappen (bijvoorbeeld Bacardi-Breezer®) (De Maeseneire, 2002). De alcohol in alcopops kan ook verkregen worden door vergisting van vruchtensap (bijvoorbeeld Hooper's Hooch®).

Globaal kent men aan de 3 groepen een vast alcoholpercentage toe (Schrooten, 2004; WHO, 2000). In bier (pils) zit ongeveer 4 à 5%, in wijn 10 à 12% en in sterkedrank meer dan 22% alcohol. Wanneer aangepaste glazen gebruikt worden – een jeneverglas is bijvoorbeeld veel kleiner dan een bierglas – bevat elk glas ongeveer dezelfde hoeveelheid pure alcohol. We spreken dan van een standaardglas of een standaardeenheid. Een standaardglas bevat in Nederland en België ongeveer 10 gram pure alcohol. Onderstaande tabel geeft hiervan een duidelijk overzicht.

Wat bier betreft, spreken we in de tabel uitsluitend over pilsbier. De bieren van hoge gisting (bijvoorbeeld trappistenbier, abdijbier, stads- of streekbieren) die zo

kenmerkend zijn voor België als bierland, bevatten een hoger alcoholgehalte dat schommelt tussen de 6 en 12% (Belgische Brouwers, 2006).

Tabel 2.1 Soorten alcoholische dranken met standaardmaat en alcoholgehalte

dranksoort	gemiddeld alcoholgehalte	volume van een standaardglas	alcoholgehalte per glas	
bier (pils)	5%	250 ml	12 ml	10 gr
wijn	12%	100 ml	12 ml	10 gr
sterkedrank	35%	35 ml	12 ml	10 gr

Bron: Van de Wiel, 1993

2.1.1 Wanneer spreken we van een problematisch drinkpatroon?

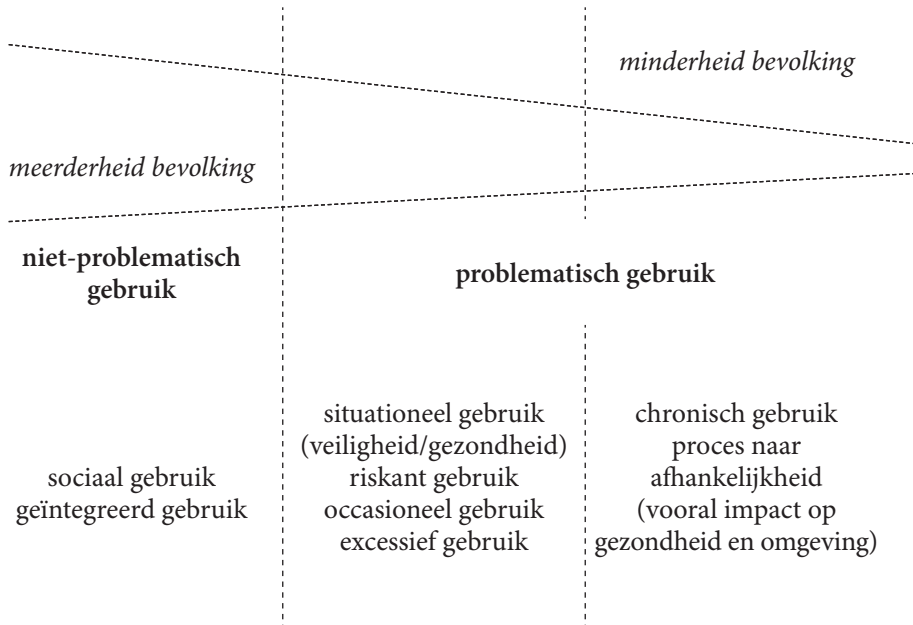
Alcohol drinken kan plaatsvinden in vele settings en om verschillende redenen. Het gebruik heeft dan ook meerdere betekenissen en manifesteert zich in uiteenlopende drinkpatronen (Schrooten, 2004). Het gebruik van alcohol kan al dan niet problemen voor de persoon zelf en/of zijn omgeving met zich mee brengen (De Donder & Lambrechts, 2002). Figuur 2.1 toont het continuüm tussen niet-problematisch gebruik en problematische drinkpatronen.

Niet-problematisch gebruik: het gaat hier over gematigd en verantwoord drinken dat geïntegreerd is in de samenleving (De Donder & Lambrechts, 2002). Men spreekt ook wel over sociaal drinken. Dit drinkpatroon geldt voor de meerderheid van de bevolking.

Problematisch gebruik: dit kan enerzijds omschreven worden als een proces dat kan leiden tot afhankelijkheid (De Donder & Lambrechts, 2002). In dat geval is het vooral een gezondheidsprobleem met een (ernstige) weerslag op andere domeinen (gezin, werk, ...). We spreken anderzijds ook van problematisch gebruik wanneer men drinkt in een verkeerde situatie (bijvoorbeeld in het verkeer) of op een verkeerd tijdstip (bijvoorbeeld op het werk). In de meeste gevallen speelt hierbij de hoeveelheid een belangrijke rol, al kan in sommige settings een geringe hoeveelheid al een probleem vormen.

Terwijl langdurig overmatig gebruik op termijn ernstige lichamelijke schade kan toebrengen, is occasioneel overmatig gebruik vooral een functioneringsprobleem, dat in een aantal gevallen ook ernstige gezondheidsschade kan berokkenen (verkeersongevallen, alcoholvergiftiging). De schade wordt mede bepaald door kenmerken van de gebruiker, de drug zelf en de wijze van gebruik. Occasioneel problematisch gebruik kan ook een signaal van een zich ontwikkelend afhankelijkheidsprobleem zijn.

Figuur 2.1 Niet-problematisch versus problematisch gebruik



Bron: De Donder & Lambrechts, 2002

Onder deze noemer horen verschillende drinkpatronen thuis, namelijk: excessief drinken, probleemdrinken, afhankelijk drinken, binge-drinken, ...

Excessief drinken: 'veel drinken (op bepaalde momenten)' kan tot ernstige fysieke schade leiden. Excessief drinken kan gepaard gaan met onveilig gedrag (Schrooten, 2004). Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) definieert excessief drinken als het drinken van meer dan 14/21 glazen alcohol per week (respectievelijk voor vrouwen en mannen) en minimaal een keer per week 4/6 of meer glazen per gelegenheid drinken (Gezondheidsraad, 2005).

Binge-drinken is een vorm van excessief drinken. Oorspronkelijk komt de term binge-drinken uit medische hoek (IAS, 2005a). Binge-drinken wees op een periode van continu drinken door iemand die afhankelijk was en pas ophield wanneer men niet meer in staat was verder te drinken. De laatste jaren wordt de term ook gebruikt om te verwijzen naar een zeer hoge alcoholconsumptie op 1 gelegenheid. Definities over binge-drinken verschillen erg van land tot land of tussen wetenschappers. Rekening houdend met de sekse van de drinkers formuleerden Wechsler e.a. in 1994 de term binge-drinken als 5 of meer (mannen) en 4 of meer (vrouwen) glazen alcohol per drinkgelegenheid (Wechsler e.a., 2000). Het NIGZ spreekt van binge-drinken als tijdens 1 gelegenheid 6 glazen of meer in een kort

tijdsbestek worden gedronken, afgewisseld met perioden van nauwelijks tot niet drinken (Gezondheidsraad, 2005).

Het fenomeen en de definiëring van binge-drinken wordt uitgebreid beschreven in hoofdstuk 8.3.

2.1.2 De diagnose problematisch alcoholgebruik

De tot voor kort veel gebruikte term ‘alcoholisme’ wordt meer en meer vervangen door de term probleemdrinken omdat alcoholisme te veel gelinkt werd aan het (te enge) begrip ziekte (De Donder & Lambrechts, 2002). Ook de term ‘verslaving’ wordt tegenwoordig niet veel meer gebruikt. Hier kiest men liever voor de terminologie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4^{de} editie) (DSM-IV), zoals ‘misbruik’ en ‘afhankelijkheid’ van een middel, waarbij de drinker aan een aantal criteria moet voldoen om als dusdanig gedragsgemotiveerd te worden (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 1996).

Diagnostische criteria voor overmatig middelengebruik en middelenafhankelijkheid volgens DSM-IV-criteria

Afhankelijkheid van een middel ('substance dependence')

Dit is een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit tenminste 3 van de volgende kenmerken die zich op een willekeurig moment in een periode van 12 opeenvolgende maanden voordoen:

- Tolerantie¹:
 - een behoefte aan duidelijk toenemende hoeveelheden van het middel om een intoxicatie of de gewenste werking te bereiken;
 - een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel.
- Onthouding:
 - het voor het middel karakteristieke onthoudingssyndroom²;

1. Tolerantie betekent gewenning van het lichaam aan het herhaald gebruik van een middel waardoor steeds meer van het middel moet genomen worden om dezelfde effecten te bereiken (Van den Brink & Geerlings, 1999).
2. Abstinentie- of onthoudingsverschijnselen wijzen op het feit dat het lichaam van de gebruiker niet meer zonder de stof kan. Dit uit zich in abstinentie- of onthoudingsverschijnselen die meestal tegenovergesteld zijn aan de verschijnselen van het onder invloed zijn. Wat betreft alcohol kunnen zich volgende onthoudingsverschijnselen voordoen: beven, misselijkheid en braken, angst, transpiratie, hoge bloeddruk, algemene verwardheid, verhoogde prikkelbaarheid (Schrooten, 2004).

- gebruik van hetzelfde middel om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden.
- Het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan aanvankelijk gepland.
- Men is niet in staat het gebruik te stoppen of te minderen.
- Een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten die samenhangen met middelengebruik.
- Belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel.
- Het gebruik van het middel wordt voorgezet ondanks besef van schade.

Misbruik van een middel ('substance abuse')

Dit is een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit tenminste 1 van de volgende kenmerken in een periode van 12 maanden (en indien de verschijnselen niet voldoen aan de criteria voor afhankelijkheid):

- herhaaldelijk gebruik van het middel waardoor verplichtingen op het werk, school of thuis verwaarloosd worden;
- herhaaldelijk gebruik van het middel in een fysiek gevaarlijke situatie;
- herhaaldelijk in aanraking komen met justitie ten gevolge van het middelengebruik;
- continuering van gebruik ondanks aanhoudende problemen.

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 1996

Er is een verband tussen drinkpatronen en afhankelijkheid (Babor e.a., 2003). Hoe meer in een populatie aanhoudend of zwaar alcohol wordt gedronken, hoe hoger de graad van afhankelijkheid. Zowel het gemiddelde volume dat wordt gedronken als het drinkpatroon waarbij men grote hoeveelheden drinkt, houden verband met de prevalentie van afhankelijkheid. Het risico op afhankelijkheid neemt lineair toe met toenemend drinken. De richting van het verband is echter nog niet volledig duidelijk. Geeft afhankelijkheid aanleiding tot zwaarder drinken? Leidt zwaar drinken tot afhankelijkheid? Of opereren deze 2 mechanismen gelijktijdig?

De term 'afhankelijkheid' zien we ook terugkeren in de *International Classification of Diseases* (ICD) van de wereldgezondheidsorganisatie (WHO). De ICD wordt gebruikt om ziekten te klasseren die opgetekend worden in overlijdenscertificaten en ziekenhuisstatistieken (WHO, 2005). Ze vormen de basis voor het opstellen van nationale mortaliteits- en morbiditeitsstatistieken in de WHO-lidstaten. De ICD wordt regelmatig gereviseerd. De negende en tiende versie zijn de courant ge-

bruikte versies in Europa. In de ICD-10-classificatie heeft de code F10 betrekking op mentale en gedragsstoornissen als gevolg van alcoholgebruik.

De internationale classificatie van ziekten (ICD)

De internationale classificatie van ziekten is opgesteld om internationale en nationale vergelijkbaarheid toe te laten in de verzameling, de classificatie en presentatie van mortaliteitsstatistieken. De WHO heeft gebruiksregels opgesteld zodat vergelijkbare en consistente data kunnen verkregen worden.

Codes F10 tot F19 hebben betrekking op mentale en gedragsstoornissen als gevolg van het gebruik van psychoactieve substanties. De code F10 klasseert de mentale en de gedragsstoornissen als gevolg van alcoholgebruik.

Het derde karakter van de code identificeert het gebruikte middel, het vierde karakter de klinische toestand. De identificatie van het middel moet gebaseerd zijn op zoveel mogelijk bronnen en informatie zoals self-reportdata, analyse van bloed en andere lichaamsvloeistoffen, lichamelijke en psychologische symptomen, klinische tekens en gedrag, middelen in het bezit van de patiënt, rapporten van derden, ... De hoofddiagnose moet gekozen worden op basis van het middel dat het meest bijdroeg tot het klinische syndroom.

Binnen de code F10 wordt de volgende onderverdeling gemaakt:

- Acute intoxicatie: toestand die volgt op het gebruik van een psychoactieve substantie die resulteert in verstoring van het bewustzijnsniveau, cognitie, perceptie, gedrag of andere psycho-fysiologische functies. Deze storingen houden direct verband met de farmacologische effecten van het middel. Mogelijke complicaties zijn trauma, delirium, coma, ...
- Schadelijk gebruik: een gebruikspatroon dat lichamelijke of mentale gezondheidsschade veroorzaakt.
- Afhankelijkheidssyndroom: een cluster van gedragsmatige, cognitieve en fysiologische fenomenen die optreden na herhaaldelijk gebruik van het middel. Dit impliceert een sterk verlangen om het middel te gebruiken, moeilijkheden om het gebruik te controleren, doorgaan met gebruik ondanks schadelijke gevolgen, een hogere prioriteit geven aan middelengebruik dan aan andere activiteiten en verplichtingen, in sommige gevallen lichamelijke onthoudingsverschijnselen.
- Toestand van onthouding: groep van symptomen die ontstaan bij onthouding van een psychoactieve substantie na persistent gebruik van dat middel. Kan ook gepaard gaan met stuipen.
- Toestand van onthouding met delirium: de toestand van onthouding is gecompliceerd met delirium en eventueel ook met stuipen.

- Psychotische stoornis: geheel van psychotische fenomenen die ontstaan tijdens of na het middelengebruik maar die niet allemaal verklaard kunnen worden door acute intoxicatie en die niet samengaan met de onthoudingstoestand. Deze toestand wordt gekenmerkt door hallucinaties (meestal auditief), storingen in de perceptie, wanen (veelal paranoia), psychomotorische storingen (opwinding, stupor³) en een abnormale gevoeligheid (intense angst, opwinding).
- Amnestisch syndroom: chronische stoornis van het recente en verre geheugen (onder andere Korsakowsyndroom).
- Residuele en laat ontwikkelde psychotische stoornis: de veranderingen op het vlak van cognitie, gevoel, persoonlijkheid of gedrag, geïnduceerd door gebruik van een psychoactieve substantie, blijven bestaan na de periode waarin het direct effect van het middel opereert.
- Andere mentale en gedragsstoornissen.
- Niet-gespecificeerde mentale en gedragsstoornissen.

Bron: Europese commissie, 2006; WHO, 2005

2.1.3 Hoeveel is te veel?

Om te bepalen of iemand al dan niet een alcoholprobleem heeft, worden vaak grenzen gebruikt, gebaseerd op het *aantal gedronken glazen alcohol per dag of per week*. Omdat vrouwen onder meer door een andere lichaamsverhouding van water en vet gevoeliger zijn voor alcohol dan mannen gelden er verschillende criteria voor beide seksen. Het afkappunt tussen matig en overmatig drinken wordt meestal gedefinieerd als meer dan 14 glazen per week voor vrouwen en meer dan 21 glazen per week voor mannen (Gezondheidsraad, 2005). Ook VAD hanteert deze criteria. Het Nederlandse NIGZ voegt hier extra criteria en gedragsadviezen aan toe (Gezondheidsraad, 2005). Vrouwen drinken best nooit meer dan 3 glazen per gelegenheid terwijl mannen de maximumgrens van 5 glazen per gelegenheid dienen te respecteren. Verder dient men minimaal 2 dagen per week niet te drinken om gewoontevorming te voorkomen. Deze omschrijving van matig drinken geldt enkel voor volwassenen.

De WHO geeft als richtlijn voor vrouwen mee om niet meer dan 1 à 2 standaardglazen per dag te drinken en 2 alcoholvrije dagen per week in te lassen (Humeniuk e.a., 2003). Mannen kunnen best niet meer dan 2 à 3 standaardglazen per dag drinken met eveneens 2 alcoholvrije dagen per week. Bij een grotere hoeveelheid

3. Conditie waarin de patiënt immobiel is, niet kan spreken, niet reageert op stimuli maar wel volledig bij bewustzijn lijkt (Weatherall e.a., 1996).

loopt men het risico op gezondheids- en andere problemen. In sommige gevallen dient men nog minder te drinken dan deze richthoeveelheden, bijvoorbeeld bij een familiale geschiedenis van problematisch alcoholgebruik, bij gebruik van bepaalde medicatie, wanneer men minder weegt dan gemiddeld voor een bepaalde lengte en sekse of wanneer men recent niets gegeten heeft. Niet drinken wordt aanbevolen bij zwangerschap, wanneer men wil rijden, bij gezondheidsproblemen die kunnen verslechteren door alcoholgebruik en bij gebruik van medicatie die interfereert met alcohol. Wanneer drinken binnen deze wettelijke en medische richtlijnen gebeurt en niet leidt tot alcoholgerelateerde problemen spreekt de WHO van laag-risico-drinken (Babor & Higgins-Biddle, 2001).

Om op populatieniveau in te schatten hoeveel mensen een alcoholprobleem hebben, hanteert de WHO een norm die eveneens gebaseerd is op de geconsumeerde hoeveelheid alcohol per dag, rekening houdend met de sekse van de drinker (tabel 2.2) (Cattaert & Pacolet, 2004). Vanaf 6 glazen per dag voor mannen, en 4 glazen per dag voor vrouwen is er een hoog risico op acute problemen (WHO, 2000). Deze risicocriteria wijzen op een gemiddeld risico voor een populatie en gelden niet voor een individueel niveau. Het schema impliceert niet dat de lage-risico-categorieën geen risico's inhouden. Deze risiconiveaus staan los van criteria die van toepassing zijn op de gemiddelde dagelijkse alcoholconsumptie – deze normen zullen meestal lager liggen. De afkappunten in tabel 2.2 moeten vooral gezien worden als referentiepunten om vergelijkingen te maken tussen drinkpatronen in een land en tussen verschillende landen. Deze grenzen zijn zeker niet bedoeld om als advies te geven aan de bevolking.

De voorgaande normen zijn opgesteld vanuit een gezondheidsperspectief. De normen voor overmatig gebruik variëren naargelang de setting en het langetermijnperspectief (De Donder & Lambrechts, 2002). In de verkeerssituatie overschrijdt een bestuurder de wettelijke normen bij een alcoholpromillage van meer dan 0,5. Deze norm wordt ook in andere contexten gebruikt, bijvoorbeeld in de werksituatie. In andere omstandigheden zoals bij zwangerschap is een nultolerantie aangewezen.

Tabel 2.2 Risicocriteria van de WHO voor acute problemen (alcoholconsumptie op een dag)

	gram		milliliter pure alcohol		aantal glazen	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
laag risico	1-40	1-20	1-48	1-24	1-4	1-2
medium risico	41-60	21-40	49-72	25-48	4,1-6	2,1-4
hoog risico	61-100	41-60	73-120	49-72	6,1-10	4,1-6
zeer hoog risico	>100	>60	>120	>72	>10	>6

Bron: Cattaert & Pacolet, 2004

2.2 Meten van alcoholconsumptie

Een eerste probleem bij het meten van alcoholconsumptie zijn de verschillen in vragenlijsten en benaderingen in verschillende onderzoeken (Bühringer e.a., 2002). Een tweede probleem heeft te maken met het feit dat alcoholmisbruik gestigmatiseerd gedrag is. Daardoor worden alcoholgerelateerde problemen nogal eens onderschat. Daarnaast worden andere methoden gebruikt wanneer men de alcoholconsumptie op het niveau van een land wil aanduiden dan wanneer men gebruik op individueel niveau wil weergeven.

Grosso modo kunnen we de alcoholconsumptie afleiden uit officiële statistieken en uit de resultaten van bevolkingsonderzoeken (WHO, 2004).

Om de alcoholconsumptie op bevolkingsniveau weer te geven is de meest gebruikte maat de *per capita-consumptie* op basis van alcoholproductie of verkoopsdata (Gmel & Rehm, 2004; Babor e.a., 2003; WHO, 2000). Deze data lenen zich uitstekend tot internationale vergelijkingen. Het gaat echter om geaggregeerde statistieken, afgeleid van statistieken over productie, handel en verkoop, die een globaal beeld geven. Ze kunnen niet naar persoonsgebonden karakteristieken (bijvoorbeeld sekse of leeftijd) verfijnd worden. Naast deze geregistreerde consumptie is er nog een stuk niet geregistreerde consumptie die niet in de per capita consumptie wordt verrekend. Het gaat dan onder meer om thuisproductie, illegale alcohol, taksvrije aankopen, grensaankopen, smokkel. Wat de eigen inwoners in het buitenland aan alcohol consumeren door het toerisme wordt evenmin in deze statistieken geregistreerd. In de meeste markteconomieën bedraagt de niet opgetekende consumptie een derde van de totale consumptie. Voor België wordt de niet-geregistreerde alcoholconsumptie geschat op 0,5 liter pure alcohol per capita (WHO, 2004).

Om de alcoholconsumptie op individueel niveau te meten zijn er subjectieve (zelfrapportering) en objectieve maten (BAC⁴ en andere biologische tellers) (Gmel & Rehm, 2004; WHO, 2000). Bij *zelfrapportering* zijn er 2 mogelijkheden. Een eerste mogelijkheid is dat het individu zijn drinkpatroon samenvat voor een bepaalde periode. In dit geval wordt een gemiddelde of 'gebruikelijke drinkgewoonte' gemeten. Dit gebeurt meestal door middel van de QF⁵-maat die zowel peilt naar de gedronken hoeveelheid als naar de frequentie van het drinken. Een tweede mogelijkheid is dat een recent drinkpatroon, bijvoorbeeld tijdens de laatste week, zo gedetailleerd mogelijk wordt beschreven. Het inschatten van het drinkgedrag over een kortere referentieperiode is accurater en betrouwbaarder. Daartegenover staat dat deze methode zeer gevoelig is voor de regelmatigheid van het drinkpatroon. Hoe minder iemand drinkt, hoe minder kans dat dit met deze methode gemeten

4. BAC staat voor alcoholconcentratie in het bloed.

5. QF staat voor *quantity-frequency*.

wordt. De consumptie van onregelmatige drinkers wordt zo volledig gemist. Bovendien wordt het aantal onthouders overschat.

Het nadeel aan data uit zelfrapporteringsstudies is dat individuen drinkgelegenheden kunnen vergeten en dus hun drinkfrequentie onderschatten (Gmel & Rehm, 2004). Over het algemeen dekken schattingen gebaseerd op bevolkingsonderzoek (zelfrapportering) 30 à 70% van de per-capita-consumptie, afgeleid uit geaggregeerde schattingen zoals verkoopsstatistieken (Gmel & Rehm, 2004). Bevolkingsonderzoek onderschat dus de werkelijke consumptie. Cattaert en Pacolet (2004) stelden voor België vast dat de gemiddelde consumptie van alcohol volgens de gezondheidsenquête 2 à 3 keer lager lag in vergelijking met macro-gegevens van de nationale rekeningen, *World Drink Trends* en de federale belastingadministratie.

Voor de onderschatting van de alcoholconsumptie in bevolkingsonderzoek worden in de literatuur 2 verklaringen gegeven (Gmel & Rehm, 2004). Het kan gaan om selectieve non-respons door een vertekening in de steekproefrekking (bijvoorbeeld zware drinkers zijn niet opgenomen in de steekproef omdat ze geen telefoon hebben) of door zelfselectie (bijvoorbeeld zware drinkers zijn niet geneigd deel te nemen aan een onderzoek). Anderzijds kan het individueel responspatroon spelen waardoor alcoholconsumptie bewust (bijvoorbeeld ontkenning, het drinken proberen te verbergen) of onbewust (bijvoorbeeld door beperkingen van het geheugen) onderschat wordt. Bij alcoholconsumptie is het net noodzakelijk dat de kleine subgroep van zware drinkers ook opgenomen is in de steekproef aangezien zij verantwoordelijk zijn voor een groot deel van de consumptie. Naast de non-respons van de steekproef is er meestal ook een deel van de bevolking dat niet opgenomen wordt in de steekproef, zoals personen die in instellingen verblijven of daklozen. Ook deze personen vormen precies een risicogroep voor overmatige alcoholconsumptie.

Anderzijds bevatten de verkoopsdata ook gebreken die zorgen voor een overschatting van de per-capita-consumptie (WHO, 2000). Niet alle aangekochte alcohol wordt geconsumeerd: de alcohol wordt ook gestockeerd door groothandel, kleinhandel of consument. Dit is bijvoorbeeld vooral het geval bij producten die beter worden na verloop van tijd, zoals wijn. Een deel van de aankopen gebeurt door toeristen of andere niet-inwoners. Deze aankopen worden meegeteld in de nationale verkoopsdata.

Hoewel we moeten rekening houden met de methodologische beperkingen van zelfrapportering bij het meten van alcoholconsumptie hebben data uit bevolkings-enquêtes wel voordelen (WHO, 2004; WHO, 2000). Ze meten de alcoholconsumptie die niet geregistreerd wordt in officiële statistieken. Ze kunnen een beeld geven van de sociale plaats van drinken in een maatschappij. Ze kunnen direct alcoholgerelateerde problemen meten die niet gemeten worden in de officiële statistieken, bijvoorbeeld problemen in het gezinsleven of in de arbeidssituatie. Via

bevolkingsonderzoek kan men de relatie onderzoeken tussen patronen en contexten van drinken en het opduiken van sociale en gezondheidsproblemen. Wanneer bevolkingsonderzoek over de tijd herhaald wordt, kunnen de data gebruikt worden om de nationale situatie te monitoren en beleidsinitiatieven te evalueren. Het belangrijkste voordeel van data uit bevolkingsonderzoek is dat het drinkpatroon van ieder individu afzonderlijk wordt gemeten. Het drinkpatroon kan dus bekeken worden tegenover persoonlijke kenmerken en gedragingen. Verder laten data uit bevolkingsonderzoek een gedetailleerde analyse toe van verschillende facetten van het drinkgedrag zoals onthouding, drankvoorkeuren en de geconsumeerde hoeveelheden.

2.3 Omvang van de alcoholgerelateerde schade inschatten

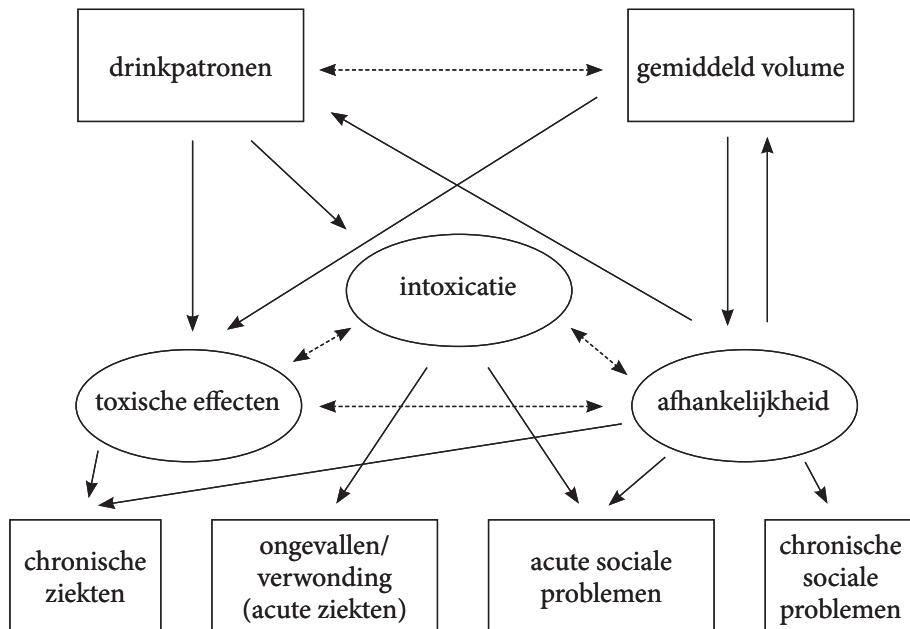
Bij het bespreken van de relatie tussen alcoholconsumptie en de gevolgen ervan dient men enerzijds te kijken naar de aard van het probleem (gezondheid versus sociaal) en anderzijds de dimensie van het drinken in rekening te brengen (gemiddeld volume versus het drinkpatroon) (Babor e.a., 2003).

Wanneer er gesproken wordt over alcoholgerelateerde problemen wordt meestal direct aan gevolgen voor de gezondheid gedacht (Babor e.a., 2003). Alcoholgebruik kan ook gevolgen hebben op sociaal vlak, wat ook wel de vergeten dimensie genoemd wordt. Het gaat dan om geweld, vandalisme, openbare overlast, gezinsproblemen, financiële problemen, werkgerelateerde problemen, leermoeilijkheden en sociale kosten. Behalve voor geweld is er weinig evidentie om de rol van alcohol in deze sociale problemen aan te tonen.

Babor e.a. (2003) zien de relatie tussen alcoholconsumptie, mediërende variabelen en gevolgen op zowel korte als lange termijn als volgt (figuur 2.2). Het volume alcohol dat men drinkt en het drinkpatroon kunnen tot verschillende problemen leiden. Chronisch zwaar drinken kan leiden tot toxische effecten. Aanhoudend zwaar drinken kan leiden tot orgaanbeschadiging en afhankelijkheid. Dagelijks drinken van zelfs kleine hoeveelheden over een lange tijd kan leiden tot levercirrose. Een relatief lage frequentie van drinken gecombineerd met de consumptie van een groot aantal drankjes per gelegenheid kan leiden tot verschillende medische en sociale problemen als gevolg van acute intoxicatie.

Toxische effecten kunnen chronische ziekten in goede (bijvoorbeeld bescherming tegen vorming van bloedklonters bij matige alcoholconsumptie) of slechte zin (bijvoorbeeld beschadiging van pancreas) beïnvloeden (WHO, 2004). Intoxicatie is een belangrijke mediator voor acute problemen zoals ongevallen, intentionele verwondingen of dodingen, huiselijk conflict en geweld. Afhankelijkheid onderhoudt de alcoholconsumptie en beïnvloedt het volume en het drinkpatroon. Op die ma-

Figuur 2.2 Relaties tussen alcoholconsumptie en gevolgen



Bron: Babor e.a., 2003

nier heeft afhankelijkheid een impact op zowel de chronische als de acute gevolgen van alcoholgebruik. Alcoholafhankelijkheid is zelf een gevolg van het drinken.

Het gedronken volume alcohol bepaalt de impact voor de gezondheidsconsequenties (Babor e.a., 2003). Het verband kan lineair zijn (bijvoorbeeld borstkanker of suïcide), versnellend (bijvoorbeeld levercirrose, verkeersongevallen) of het kan gaan om een J-curve (bijvoorbeeld hartziekte of alle mortaliteit).

Drinkpatronen spelen eveneens een belangrijke rol in de ziektelast en de gezondheidsvoordelen van drinken. Belangrijke aspecten van drinkpatronen zijn het soort alcohol, de drinkcontext, de verdeling van drinkgelegenheden en de hoeveelheid per drinkgelegenheid, intoxicatie, intoxicatie onder jongeren, afhankelijkheid. Drinkpatronen worden gelinkt aan coronaire hartziekten, verkeersongevallen en suïcide. Matig drinken heeft zowel negatieve als positieve gezondheidsuitkomsten.

De gebruikelijke maat om de link met ziekte te onderzoeken is de totale alcoholconsumptie of het gemiddeld gedronken volume (WHO, 2004). Het gaat dan meestal om de langetermijneffecten. Acute effecten kunnen beter voorspeld wor-

den door drinkpatronen hoewel er zeker ook een associatie is met het volume van drinken. Bijvoorbeeld: hetzelfde gemiddelde volume alcohol kan gedronken worden in regelmatige kleine hoeveelheden bij de maaltijd (bijvoorbeeld 2 eenheden per dag bij de maaltijden) of in grote hoeveelheden bij bepaalde gelegenheden (bijvoorbeeld 2 flessen wijn elke vrijdag). Met andere woorden: de impact van het gemiddeld geconsumeerd volume op de mortaliteit en de morbiditeit wordt gematigd door de manier waarop alcohol wordt gedronken, wat op zijn beurt bepaald wordt door de sociale context. Drinkpatronen hebben niet enkel een invloed op acute gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld verwondingen) maar ook op chronische ziekten zoals coronaire hartziekten en hartinfarct.

Niet alle ziekten zijn in gelijke mate aan de consumptie van alcohol toe te schrijven (WHO, 2004). Vaak spelen ook andere factoren een rol en is het moeilijk te kwantificeren welk deel van de schade precies te wijten is aan alcoholconsumptie. Sommige ziekten of gevolgen zijn volledig toe te schrijven aan alcohol (bijvoorbeeld alcoholafhankelijkheid), bij andere speelt alcoholconsumptie een zeer grote rol (bijvoorbeeld levercirrose), bij nog andere spelen er heel veel andere factoren waarvan alcoholgebruik er een is (bijvoorbeeld kankers). Soms is de rol van alcohol klein. Om dit uit te drukken gebruikt men de term '*Alcohol Attributable Fractions*' (AAF). Een aantal aandoeningen is voor 100% aan alcohol toe te schrijven (AAF=1), bijvoorbeeld alcoholische psychose, alcoholafhankelijkheidssyndroom, alcoholmisbruik, alcoholische polyneuropathie, alcoholische cardiomyopathie, alcoholische gastritis, alcoholische levercirrose, bovenmatig alcoholgehalte in het bloed, ethanol- en methanolvergiftiging.

Tegenwoordig wordt de ziektelast uitgedrukt in '*Disability Adjusted Life Years*' (DALY) (WHO, 2004). Deze maat combineert *mortaliteit* in termen van verloren levensjaren (YLL= *Years of Life Lost*) als gevolg van vroegtijdige sterfte en *morbiditeit* in termen van verloren levensjaren door ziekte (YLD= *Years Lived in Disability*).



HOOFDSTUK 3

MARKT VAN VRAAG EN AANBOD

De productie en de verkoop van alcohol is een belangrijke economische activiteit (Babor e.a., 2003). Het is een winstgevende bezigheid voor producenten, reclamemakers en investeerders. De consumptie van alcohol creëert werk, brengt buitenlandse valuta binnen en genereert accijnsinkomsten voor de overheid. Alcohol is ook een belangrijk element in het toerisme met name in de luchtvaart, in het hotelwezen en in de restaurantsector. Het is een product waar wereldwijd vraag naar is.

Tegenover de baten verbonden aan de verkoop van alcohol staat een enorme kost voor de maatschappij. Hierover leest u meer in hoofdstuk 6.

In dit hoofdstuk bekijken we de evolutie in de productie, de in- en uitvoer, de accijnsopbrengsten, de gezinsuitgaven en de tewerkstelling. Om de markteconomische tendensen aan te geven gebruiken we administratieve gegevens. Een nadeel van deze officiële data is dat het meestal om algemene statistieken gaat waaruit het aandeel dat verband houdt met alcohol moet afgeleid worden.

3.1 Geproduceerde alcohol

Cijfergegevens over de hoeveelheid alcohol die in België jaarlijks wordt geproduceerd zijn af te leiden uit de Prodcom-enquête van het Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS). De Belgische Brouwers publiceren jaarlijks cijfers over de bierproductie.

België staat internationaal bekend als een bierland. De productiecijfers kunnen dit alvast bevestigen. Van alle alcoholische dranken wordt bier immers in de grootste hoeveelheden geproduceerd. Afhankelijk van de geraadpleegde bron komen we echter verschillende productiecijfers tegen, al blijven de tendensen wel grotendeels dezelfde.

Kijken we naar de *statistiek van de industriële productie*⁶ uitgegeven door het NIS, dan werd er in 2004 1,7 miljard liter bier geproduceerd voor een waarde van 1,4 miljard EUR (tabel 3.1) (NIS, 2005a). Van 1994 tot 2003 bleef de geproduceerde hoeveelheid bier redelijk stabiel. In het jaar 2004 bereikte de bierproductie een hoogtepunt. De laatste jaren komt de wijnproductie in België op de tweede plaats na bier, weliswaar op ruime afstand. Tussen 1994 en 1996 produceerde ons land meer sterkedrank dan wijn. In 2004 produceerde België 15,6 miljoen liter sterkedrank voor een waarde van 38,9 miljoen EUR. Tegenover 1994 is dat ongeveer 6 keer minder. Voor sterkedrank merken we een sterke breuk tussen de cijfers van voor 1996 en de cijfers van na 1996. Een mogelijke verklaring zou kunnen liggen bij 1 bedrijf dat de leveringen van wodka aan Oostbloklanden stopzette.

Globaal gezien daalde de productie van wijn tussen 1994 en 2004. We kunnen voor wijn geen exacte uitspraken doen omdat niet voor alle jaren productiecijfers voor alle productcategorieën beschikbaar zijn.

De Belgische Brouwers vatten in een speciaal nummer van *Het Brouwersblad* jaarlijks de economische trends samen voor de bierindustrie (Buelens & Vansevenant, 2005; Belgische Brouwers, 1999). In 2004 telt België 115 brouwerijen, exact hetzelfde aantal als in 1994 (grafiek 3.1). In vergelijking met 1990 zijn dat er bijna 9% minder.

Ook volgens deze cijfers doet de bierproductie het goed: de productie van bier steeg tussen 1994 en 2004 met 18% (grafiek 3.1). In 2004 werd iets meer dan 17 miljoen hectoliter bier geproduceerd, dat is 11% meer vergeleken met 2003⁷.

6. De gegevens van deze statistiek worden verzameld via de Prodcom-enquête. Bijlage 2 geeft hierover meer informatie. De laatst gepubliceerde gegevens uit de Prodcom-enquête zijn deze van 2004.

7. Bij deze optimistische cijfers moet er wel rekening mee gehouden worden dat de Nederlandse Interbrew-productie naar België en Duitsland is overgeheveld. Dat beïnvloedt uiteraard de productie- en exportcijfers (Buelens & Vansevant, 2005).

Tabel 3.1 Productie van alcoholische dranken in België

		bier ⁸	wijn ⁹	sterkedrank ¹⁰
geproduceerde hoeveelheid (in liter)	1994	1.505.520.015	52.790.158	92.945.827
	1995	1.511.036.758	55.161.895	84.451.496
	1996	1.464.789.495	43.495.668	48.099.068
	1997	1.493.011.856	50.880.969	26.943.048
	1998	1.466.270.215	42.634.149	21.988.773
	1999	1.509.392.723	34.341.558	22.847.738
	2000	1.550.875.349	37.119.073	24.645.218
	2001	1.506.792.247	n.b.	24.505.768
	2002	1.506.296.051	43.324.898	21.890.357
	2003	1.591.937.100	19.278.730	17.763.999
	2004	1.704.723.591	16.775.822	15.668.251
		bier	wijn	sterkedrank
waarde van de productie (in EUR)	1994	1.184.043.689	35.249.492	100.571.444
	1995	1.148.755.500	34.144.606	99.505.031
	1996	1.132.202.931	30.748.638	65.241.312
	1997	1.157.400.390	33.503.925	44.912.853
	1998	1.111.928.711	28.182.717	42.107.492
	1999	1.145.068.836	26.039.298	44.713.718
	2000	1.167.938.216	33.985.872	49.864.931
	2001	1.205.945.348	n.b.	49.265.708
	2002	1.263.433.012	48.728.092	52.613.082
	2003	1.342.639.573	24.954.152	46.114.369
	2004	1.451.374.859	19.069.010	38.929.995

n.b.: niet beschikbaar

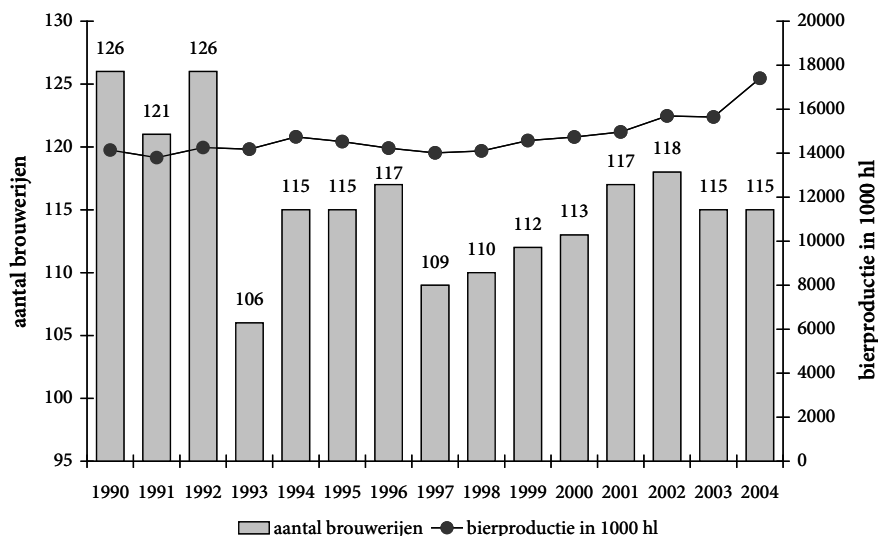
Bron: NIS, 2005a

8. We gebruikten hiervoor de categorie 15.96.10.00 van de Prodcom-nomenclatuur.

9. We gebruikten hiervoor de categorieën 15.93.11.30, 15.93.11.93, 15.93.11.95, 15.93.12.11, 15.93.12.13, 15.93.12.15, 15.93.12.17, 15.93.12.19, 15.93.12.30, 15.94.10.00, 15.95.10.00 van de Prodcom-nomenclatuur. Het gaat dus om champagne, andere mousserende wijn, witte wijn, andere wijn, Portwijn, Madeirawijn, Sherrywijn, Tokayerwijn, appelwijn, perenwijn, honingdrank en vermout. Voor wijn zijn de meeste gegevens vertrouwelijk. Niet alle categorieën zijn dus in de Prodcom-cijfers opgenomen. Dit verklaart de soms grote jaarlijkse schommelingen in de cijfers. Voor 1994-1996 zijn enkel de codes 15.94.10.00, 15.95.10.00 in de tabel verrekend. Voor 1997-2004 zijn enkel de codes 15.94.10.00 in de tabel verrekend.

10. We gebruikten hiervoor de categorieën 15.91.10.20, 15.91.10.30, 15.91.10.40, 15.91.10.50, 15.91.10.63, 15.91.10.65, 15.91.10.80 van de Prodcom-nomenclatuur. Het gaat dus om dranken gedistilleerd uit wijn of druivenmoer, whiskey, rum en tafia, gin en jenever, wodka, gedistilleerde dranken uit fruit, likeuren. Ethylalcohol is in deze kolom niet meegerekend. Om het aantal liter te bekomen werden de waarden uit de Prodcom-statistiek vermenigvuldigd met de standaardfactor 2,85.

Grafiek 3.1 Evolutie van het aantal brouwerijen en de bierproductie in België



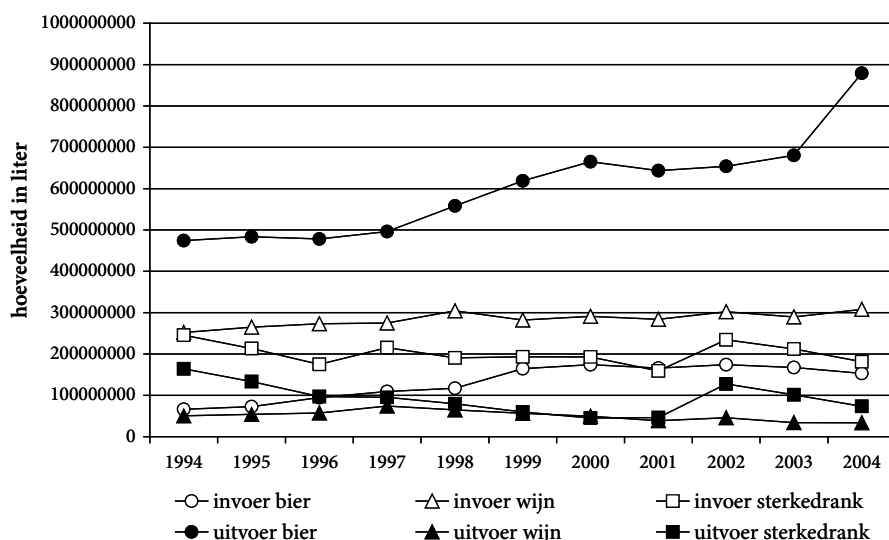
Bron: Buelens & Vansevanant, 2005; Belgische Brouwers, 1999

3.2 In- en uitvoer van alcohol

Gegevens over de import en export van alcoholische dranken vinden we in de statistiek van de buitenlandse handel, uitgegeven door de Nationale Bank van België (NBB). De Belgische Brouwers geven in hun jaarlijks sectoroverzicht van de brouwerijnijverheid cijfers over de in- en uitvoer van bier.

België voerde in 2004 642,5 miljoen liter alcohol in en 986,1 miljoen liter alcohol uit (NBB, 2005) (grafiek 3.2). België voert hoofdzakelijk wijn in (307,9 miljoen liter in 2004). Bier is het meest uitgevoerde product (879,0 miljoen liter in 2004). In vergelijking met 1994 wordt er in 2004 85% meer bier uitgevoerd. Ook de invoer van bier ondergaat een stijgende tendens: er wordt in 2004 meer dan dubbel zoveel bier ingevoerd dan in 1994. De invoer van wijn steeg met 22% over dezelfde periode. Tegenover 1994 wordt er in 2004 26% minder sterkedrank ingevoerd.

België is met zijn centrale ligging een belangrijke draaischijf voor de in- en uitvoer van bier (Buelens & Vansevanant, 2005). Volgens gegevens van de Belgische Brouwers was in 2004 50% van de geproduceerde hoeveelheid bier bestemd voor de export. Het ging om 8,6 miljoen hectoliter. In 1990 ging slechts 19% van de bierproductie naar het buitenland. Tegenover 2003 nam de export een forse sprong voorwaarts van 29%. Vergeleken met 1994 is de bierexport bijna verdubbeld (grafiek 3.3). Pilsbier blijft een sleutelrol spelen in de export (69,6%). Ook abdijbier en witbier worden in het buitenland gesmaakt. Het grootste deel van onze bierex-

Grafiek 3.2 Evolutie van de in- en uitvoer van alcoholische dranken in België¹¹

Bron: Nationale Bank van België, 2005

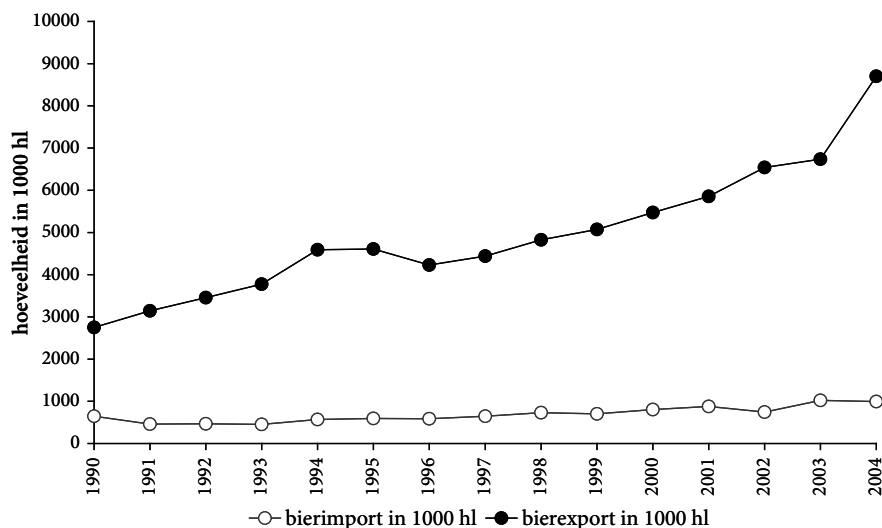
port gaat in 2004 naar Frankrijk, Nederland en Duitsland. Ook naar het Verenigd Koninkrijk, Italië en Spanje worden aardige exportcijfers opgetekend. Buiten de Europese Unie (EU) zijn landen zoals de Verenigde Staten, Canada en Japan de grootste afnemers van Belgisch bier.

De tendens in de cijfers van de Nationale Bank (grafiek 3.2) en van de brouwerij-sector (grafiek 3.3) is vergelijkbaar, alleen verschillen de exacte waarden.

De import van bier is in 2004 terug onder het miljoen hectoliter gedaald (-3% ten opzichte van 2003). In 1994 werd er 74% minder buitenlands bier ingevoerd dan vandaag. Ons land voerde in 2004 vooral bier in uit Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en Denemarken. Van buiten Europa scoort Mexicaans bier nog altijd het best, hoewel de invoer ervan met 5% is geslonken tegenover 2003.

11. In de cijfers voor wijn zijn de categorieën 2204, 2205 en 2206 uit de Statistiek van de Buitenlandse Handel opgenomen. In het cijfer van sterkedrank is ook ethylalcohol verrekend. Het gaat om de categorieën 2207 en 2208.

Grafiek 3.3 Evolutie van de in- en uitvoer van bier in België



Bron: Buelens & Vansevenant, 2005; Belgische Brouwers, 1999

3.3 Opbrengst van de alcoholverkoop

De administratie der douane en accijnzen van de Federale Overheidsdienst Financiën (FOD) noteert de jaarlijkse opbrengsten aan accijnzen van de alcoholverkoop, en het bedrag dat aan openingsbelasting en vergunningsrecht werd betaald.

De inkomsten die de Belgische overheid overhoudt aan de accijnzen op de alcoholverkoop namen op 10 jaar tijd toe (Administratie der douane en accijnzen, 2005a). In 1994 bedroeg de totale ontvangst aan accijnzen 468 miljoen EUR. In 2004 liep dat op tot 580,9 miljoen EUR, een stijging van 24%.

In 2004 wordt de grootste accijnsopbrengst overgehouden aan sterkedranken, namelijk 214,5 miljoen EUR; dat is ruim een derde van de totale accijnsopbrengst (tabel 3.2). Tussen 1994 en 2004 zijn de accijnsopbrengsten op sterkedrank met 15% gestegen. In 2003 noteren we een piek in de accijnsopbrengst van sterkedrank van 233,2 miljoen EUR. Tot 2000 was de accijnsopbrengst voor bier groter dan deze voor sterkedrank. In 2004 bedraagt de opbrengst 196,7 miljoen EUR, wat een toename is van 6% vergeleken met 1994. De totale ontvangst aan accijnzen voor wijn ligt doorgaans tussen deze van sterkedrank en bier in. In 2004 bedroeg de accijnsopbrengst voor wijn 139,8 miljoen EUR.

Op 1 september 2005 steeg de accijns op sterkedrank (ethylalcohol) met 5,5%¹². Dit heeft tot gevolg dat de totale accijns op sterkedrank momenteel 1752,2354 EUR per hectoliter absolute alcohol bij 20°C bedraagt. De accijns op bier bedraagt 1,7105 EUR per hectoliter graden Plato¹³. De accijns op sprankelende wijn en andere gegiste dranken bedraagt 161,1308 EUR per hectoliter en op niet-sprankelende wijn en andere gegiste dranken 47,0998 EUR per hectoliter. Wijn en andere gegiste drank waarvan het alcoholvolume niet meer dan 8,5% bedraagt, zijn onderworpen aan een accijnstarief van 14,8736 EUR per hectoliter. Voor de tussenproducten (aperitieven, porto, sherry, ...) is de accijns afhankelijk van het percentage alcohol. Bedraagt het percentage alcohol minder dan 15% dan is de accijns 74,3681 EUR per hectoliter en boven de 15% alcohol stijgt de accijns tot 99,1575 EUR per hectoliter. Voor de sprankelende tussenproducten is de accijns vastgelegd op 161,1308 EUR per hectoliter.

Daarnaast geldt in België een BTW tarief van 21% voor alle alcoholische dranken.

Tabel 3.2 Ontvangst aan accijnzen op alcohol in EUR

	bier	sterkedrank	niet mousserende wijn en andere niet-mousserende gegiste dranken	mousserende wijn en andere mousserende gegiste dranken	tussenproducten
1994	185.623.491	186.394.221	60.093.112	15.088.947	20.995.260
1995	179.978.267	177.089.925	62.102.248	15.169.995	20.095.154
1996	183.794.244	182.458.635	68.123.795	16.852.132	22.270.280
1997	226.325.612	204.515.359	91.979.965	21.328.719	31.215.562
1998	206.669.799	191.807.854	96.279.455	23.231.062	31.141.260
1999	209.953.153	192.542.966	99.488.805	25.101.438	30.698.104
2000	208.392.540	205.649.096	101.414.871	23.549.460	31.961.551
2001	206.716.086	207.027.881	104.351.970	23.902.157	30.932.562
2002	201.988.203	213.067.413	105.500.902	24.627.826	30.115.381
2003	207.872.551	233.277.245	113.518.539	28.077.632	31.131.625
2004	196.760.374	214.554.258	110.986.029	28.892.879	29.752.039

Bron: Administratie der douane en accijnzen, 2005a

12. Het gaat hier om een wijziging van de wet van 7 januari 1998 betreffende de structuur en de accijnstarieven op alcohol en alcoholhoudende dranken (B.S. 4 februari 1998).

13. Het aantal graden Plato drukt het gewichtspercentage uit van het extract in 100 gram bier.

Openingsbelasting

Iedere nieuwe slijter van gegiste dranken – dit is al wie gegiste dranken verkoopt om ter plaatse te gebruiken – is door het Koninklijk Besluit van 3 april 1953 een *openingsbelasting* verschuldigd bij de opening of overname van een slijterij (FOD Financiën, 2004). Na een termijn van 15 jaar is om de 5 jaar een belasting verschuldigd door de slijters. Al wie sterkedranken verkoopt bij hoeveelheden van 6 liter of minder moet een jaarlijkse belasting betalen. Voor de uitbating van een slijterij moet men aan moraliteitsvoorwaarden voldoen en dient de slijterij aan hygiënische eisen te beantwoorden. Sedert 1 januari 2002 is in het Vlaamse Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een nultarief van toepassing wat betreft de openingsbelasting, de vijfjaarlijkse en de jaarlijkse belasting. Door de wet op de administratieve vereenvoudiging van 15 december 2005 (B.S. 28.12.2005) worden alle formaliteiten die inzake *gegiste dranken* dienden te worden vervuld bij het kantoor van douane en accijnzen afgeschaft in het Vlaamse Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (de zogenaamde tapvergunning). Dit betekent dat de moraliteitsvoorwaarden en hygiënische voorwaarden voor vaste of reizende slijterijen voortaan gecontroleerd worden door de gemeenten. Voor gelegenheidsslijterijen (bijvoorbeeld fuiven) is sinds 7 januari 2006 geen tapvergunning meer nodig (Staatssecretaris voor administratieve vereenvoudiging, 2005).

Vergunningsrecht (voor sterkedrank)

Voor het verstrekken van sterkedrank voor gebruik ter plaatse is volgens de wet van 28 december 1983 een vergunning vereist (FOD Financiën, 2004). Dit geldt zowel voor vaste, occasionele als reizende drankgelegenheden. Door de wetswijziging van 17 mei 2004 wordt het fiscale aspect, met andere woorden de betaling van de accijns, afgeschaft. Sindsdien bestond enkel nog de aangifteplicht bij de ontvanger der accijnzen. Door de wet op de administratieve vereenvoudiging van 15 december 2005 worden alle formaliteiten bij de administratie der douane en accijnzen afgeschaft en wordt de vergunning voor het verstrekken van sterkedrank afgeleverd door de gemeente, die zelf de voorwaarden vastlegt (Staatssecretaris voor administratieve vereenvoudiging, 2005). Voor gelegenheidsevenementen is sinds 7 januari 2006 geen vergunning meer vereist voor het verstrekken van sterkedrank.

Naast accijnzen int de Belgische Staat een openingsbelasting en een bedrag op het vergunningsrecht op de drankhandel.

In 2004 werd 3,3 miljoen EUR aan openingsbelasting geïnd (Administratie der douane en accijnzen, 2005b) (tabel 3.3). Dat is 4 keer minder vergeleken met 1994. De recente wijzigingen in verband met de openingsbelasting zitten daar uiteraard voor iets tussen. Vanaf 2002 werden er minder openingsaccijnzen geïnd omdat sindsdien in het Vlaamse Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest het nultarief voor de openingsbelasting van toepassing is. In Wallonië wordt er wel nog

Tabel 3.3 Ontvangsten aan openingsbelasting en vergunningsrecht¹⁴

	jaar	aantal vestigingen ¹⁵	ontvangst aan accijnzen in EUR
openingsbelasting	1994	63.061	13.871.361
	1995	62.941	14.813.937
	1996	61.972	14.729.925
	1997	59.099	16.423.633
	1998	57.542	14.025.452
	1999	56.900	13.181.650
	2000	55.062	12.808.337
	2001	54.516	10.824.791
	2002	53.640	4.236.717
	2003	54.451	3.588.145
	2004	55.370	3.373.324
	jaar	aantal vestigingen	ontvangst aan accijnzen in EUR
vergunningrecht	1994	26.982	14.237.463
	1995	25.914	14.027.996
	1996	24.641	14.222.612
	1997	30.160	8.098.990
	1998	30.728	8.692.229
	1999	30.529	5.027.963
	2000	31.833	5.212.989
	2001	30.216	5.276.161
	2002	33.185	5.382.421
	2003	32.935	5.470.129
	2004	32.930	5.296.641

Bron: Administratie der douane en accijnzen, 2005b

steeds een openingsaccijns betaald. Daarnaast is het aantal vaste vestigingen dat openingsbelasting verschuldigd was tussen 1994 en 2004 met 12,2% gedaald.

Eenzelfde tendens inzake de ontvangen accijnzen stellen we ook vast voor het vergunningsrecht, een jaarlijkse belasting voor het schenken van sterkedrank (tabel 3.4). In 1994 werd er 14,2 miljoen EUR aan accijnzen geïnd, in 2004 was dat

14. Deze tabel bevat ontvangen accijnzen van de vaste vestigingen, de reizende en de gelegenheidslijterijen. Merk ook op dat sedert 1 januari 2002 een nultarief van toepassing is wat betreft de openingsbelasting in het Vlaamse Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (zie kader). Vanaf 17 mei 2004 moet er ook geen vergunningsrecht meer worden betaald voor het verstrekken van sterkedrank.

15. Met aantal vestigingen wordt bedoeld het aantal vaste slijterijen van gegiste dranken (bijvoorbeeld cafés) + het aantal vaste slijterijen van sterkedranken (2 tot 6 liter) (art.27 van de wet op de openingsbelasting) (bijvoorbeeld magazijnen, drankhandel). Reizende en gelegenheidsslijterijen zijn hier niet mee gerekend.

nog 5,2 miljoen EUR. Het aantal vaste vestigingen onderworpen aan het vergunningsrecht is in de periode 1994-2004 nochtans toegenomen (+22%). Ook hier zijn op wetgevend vlak veranderingen doorgevoerd die de grote schommelingen kunnen verklaren. In 1996 werd de wet op het vergunningsrecht van 28 december 1983 gewijzigd en werd er een belangrijke vermindering doorgevoerd in de te betalen bedragen voor het vergunningsrecht. In 1998 werd de wet opnieuw gewijzigd. Daardoor werd vanaf 1998 de grondslag van de belasting het kadastraal inkomen, daar waar voordien betaald werd op de geschatte jaarlijkse huurwaarde van het pand.

Sinds mei 2004 moet geen vergunningsrecht meer worden betaald.

3.4 Alcohol kopen en consumeren

In het huishoudbudgetonderzoek van het NIS worden de uitgaven van gezinnen opgetekend. De meest recente data dateren van 2004. Deze volgen op de cijfers van 2002.

Uit het laatste huishoudbudgetonderzoek blijkt dat 9,0% van het totale budget dat besteed wordt aan voedingsmiddelen, dranken en tabak, naar alcoholische dranken gaat (NIS, 2006a). We spreken dan uitsluitend over de bestedingen in winkels en niet in de horeca. De Belgische huishoudens besteedden in 2004 gemiddeld 276 EUR aan wijn en aperitieven (tabel 3.4). Aan bier werd in 2004 gemiddeld 107 EUR uitgegeven en aan sterkedrank afgerond 50 EUR. De Vlaamse huisgezinnen besteden minder aan wijn en aperitieven in vergelijking met Brusselaars en Walen. Bier drinken ze meer dan Brusselaars, maar minder dan Walen. Vlaamse en Brusselse gezinnen zijn aan elkaar gewaagd wat betreft uitgaven aan sterkedrank. Waalse gezinnen geven het meest uit aan sterkedrank.

Tabel 3.4 Gemiddelde uitgaven (in EUR) aan alcoholische dranken per huishouden (2004)

	België	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
sterkedrank	49,86	46,00	47,91	54,55
wijn en aperitieven	276,14	302,65	255,77	302,90
bier	107,25	88,34	107,39	113,33
totaal	433,25	436,99	411,07	470,78

Bron: NIS, 2006a

Aangezien het huishoudbudgetonderzoek al in de jaren zeventig is opgezet, kunnen we de evolutie in de uitgaven aan alcohol over de jaren heen bekijken (tabel 3.5). De totale uitgaven aan alcohol zijn met de jaren gestegen van 241 EUR in

1978 tot 433 EUR in 2004. In 1995 zijn de gemiddelde uitgaven aan alcohol met 56% toegenomen tegenover de budgetenquête van 1987. De uitgaven zijn niet voor alle dranken gestegen. De gezinsuitgaven aan sterkedrank zijn sterk gedaald van bijna 73 EUR in 1978-1979 naar bijna 50 EUR in het jaar 2004. De uitgaven aan wijn en aperitieven zijn daarentegen fors toegenomen. Eind jaren zeventig gaf een gezin gemiddeld 84 EUR uit aan wijn en aperitieven terwijl in 2004 gemiddeld 276 EUR aan deze dranken werd besteed. Ook de gemiddelde uitgaven aan bier zijn in de loop der jaren toegenomen, zij het niet zo opvallend.

Het budget voor sterkedrank en bier daalt en dat van wijn stijgt in verhouding met het totaalbudget voor voeding, dranken en tabak. Tussen 2002 en 2004 is in de verhouding van de uitgaven aan alcohol op het totaalbudget voor voeding, dranken en tabak weinig veranderd. Kijken we naar de absolute uitgaven, dan zijn de Belgische gezinnen in die periode wel meer gaan uitgeven aan sterkedrank en bier (gemiddeld ongeveer 3 EUR meer) maar minder aan wijn en aperitieven (4 EUR minder).

Tabel 3.5 Gemiddelde uitgaven (in EUR) aan alcoholische dranken per huishouden en aandeel in budget besteed aan voeding, dranken en tabak (België)¹⁶

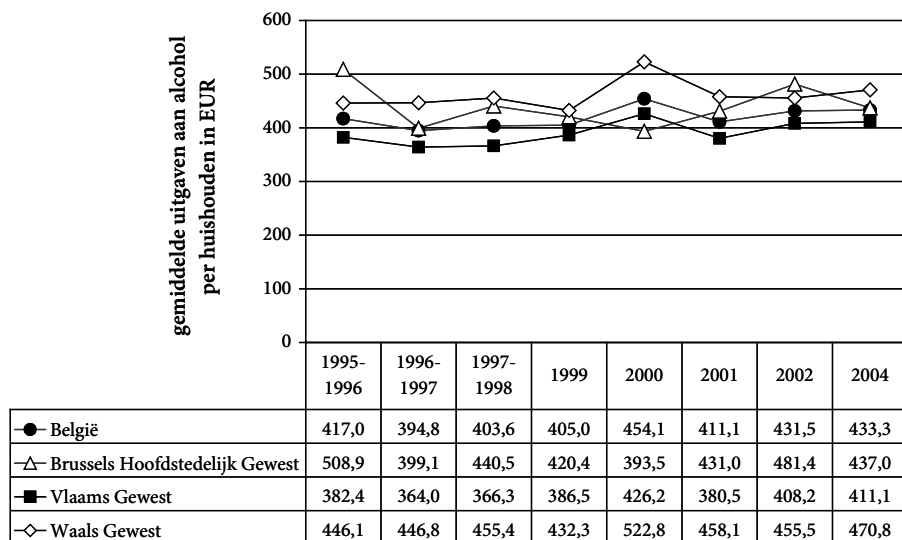
	sterkedrank		wijn en aperitieven		bier		totaal	
	EUR	%	EUR	%	EUR	%	EUR	%
'78-'79	72,8	2,6	84,1	3,0	83,9	3,0	240,8	8,7
'87-'88	52,3	1,5	139,4	4,1	76,2	2,2	267,9	7,8
'95-'96	60,0	1,4	241,6	5,6	115,4	2,7	417,0	9,6
'96-'97	52,8	1,3	226,9	5,4	115,1	2,7	394,8	9,4
'97-'98	52,5	1,2	240,5	5,6	110,6	2,6	403,6	9,4
'99	51,6	1,2	254,4	5,9	98,9	2,3	404,9	9,4
'00	51,2	1,2	296,9	6,7	106,1	2,4	454,2	10,3
'01	48,6	1,1	260,2	5,7	102,3	2,2	411,1	9,0
'02	46,9	1,0	280,0	6,0	104,6	2,2	431,5	9,2
'04	49,9	1,0	276,1	5,7	107,3	2,2	433,3	9,0

Bron: NIS, 2006a; 2005b

In 1995 en in 2002 gaven de Brusselse huishoudens het meest uit aan alcohol. In de tussenliggende jaren bekleedt het Waalse gewest de topospositie en dat geldt eveneens voor 2004 (grafiek 3.4). De uitgaven van de Vlaamse gezinnen blijven steeds onder het nationale gemiddelde.

16. De cijfers van 1978 tot 2001 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2003-2004 (De Donder, 2004).

Grafiek 3.4 Evolutie van de gemiddelde uitgaven (in EUR) aan alcohol per huishouden naar regio



Bron: NIS, 2006a

Tabel 3.6 illustreert dat huishoudens tussen 1995-1996 en 2004 minder uitgaven aan sterkedrank en bier. Tussen 2002 en 2004 zijn de gemiddelde uitgaven aan sterkedrank met 2,9 EUR toegenomen en deze voor bier met 2,8 EUR.

De huishoudelijke uitgaven aan wijnen en aperitieven stegen met 14,3% tussen 1995-1996 en 2004. Tegenover 2002 zijn de gemiddelde uitgaven aan wijn en aperitieven echter iets gedaald. Vooral de uitgaven aan wijn zijn afgenomen maar Belgische gezinnen gaven wel meer uit aan champagne en mousserende wijnen.

Het *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) peilde naar het aantal keer dat jongeren de laatste 30 dagen voor zichzelf alcohol kochten (Hibell e.a., 2004). In België werden voor dit onderzoek via een steekproef van 2.320 15-16-jarige jongeren bevraagd. Sterkedrank kochten ze het meest aan. Een kwart (25%) van de jongeren kocht de laatste 30 dagen minstens 1 keer sterkedrank. 18% kocht minstens 1 keer bier en 6% wijn.

Deze resultaten zijn toch opmerkelijk aangezien het in België verboden is om sterkedrank te verkopen aan jongeren onder de 18 jaar.

De horeca is enorm belangrijk voor de consumptie van alcohol. In 2004 verloopt 55% van de bierconsumptie via de horeca en 45% via winkels (Buelens & Vanseve-

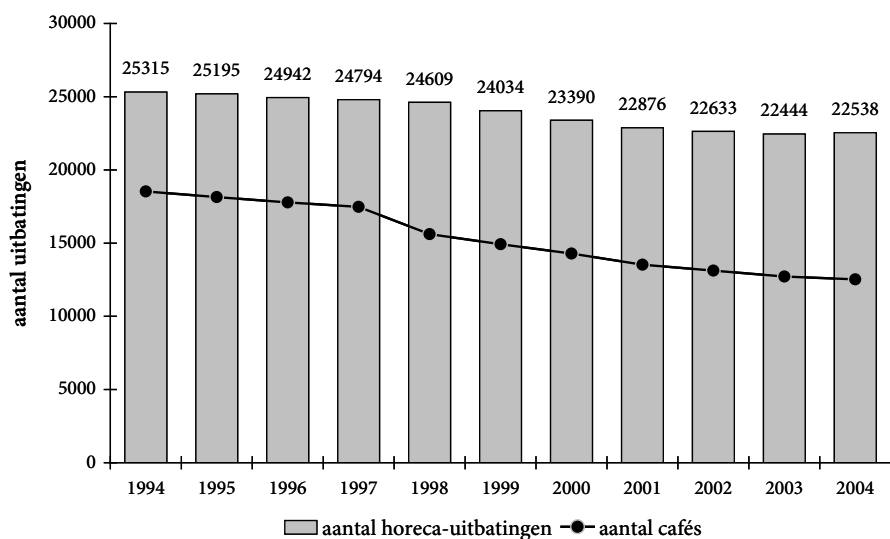
Tabel 3.6 Gemiddelde uitgaven (in EUR) aan alcohol per huishouden in België

	1995-1996	2002	2004
sterkedrank	60,0	47,0	49,9
whiskey	14,1	12,9	12,8
cognac	7,1	4,2	4,5
jenever	10,3	6,0	7,4
likeuren e.a. sterkedranken (+23°)	22,5	19,5	21,7
alcohol z.o.	5,9	4,4	3,5
wijn en aperitieven (max. 23°)	241,6	280,0	276,1
wijn	177,5	219,3	210,7
cider	2,3	1,7	1,2
champagne en mousserende wijnen	22,8	24,3	27,7
likeurwijn, alcohol van 15° tot 23°	38,8	34,7	36,4
alcoholvrije wijn	0,2	0,0	0,0
bier	115,4	104,5	107,3
tafelbier	4,3	3,6	3,8
pilsbier	53,2	42,1	43,5
ander bier	40,9	40,6	43,8
alcoholvrij en alcoholarm bier	1,0	0,8	0,6
bier z.o.	16,0	17,4	15,6
totaal alcohol	417,0	431,5	433,3

Bron: NIS, 2004; NIS, 2005b; NIS, 2006a

nant, 2005). Het aantal horecazaken¹⁷ in het Vlaamse Gewest ging de laatste jaren achteruit en wel met 11% (FOD Economie, 2005) (grafiek 3.5). In 2004 waren er 2.777 minder horecazaken vergeleken met 1994. Vooral het aantal cafés ging achteruit. In 1994 waren er 18.526 cafés, in 2004 zijn er 12.522. Dat betekent een daling van 32,4%. In 2004 tellen we 24,5% minder discotheken dan in 1994. Het aantal hotels daalde in dezelfde periode met 5,4%. De restaurants doen het wel goed. Hun aantal steeg tussen 1994 en 2004 met 66%.

17. Met horecazaken bedoelen we cafés (NACE-BEL-code 55401), discotheken (NACE-BEL-code 55402), restaurants (NACE-BEL-code 55301 - restaurants van het traditionele type) en hotels (NACE-BEL-code 55101, 55102, 55110, 55120). De NACE-nomenclatuur is een classificatie van economische activiteiten. De NACE-BEL werd voor het eerst gepubliceerd in 1993. De Belgische versie werd samengesteld aan de hand van de Europese nomenclatuur NACE Rev.1, door een vijfde cijfer (subklasse) toe te voegen aan de Europese viercijferige code. Meer informatie hierover is te vinden op <http://statbel.fgov.be>.

Grafiek 3.5 Evolutie van horeca-uitbatingen en cafés in het Vlaamse Gewest¹⁸

Bron: FOD Economie, 2005

In de *Alcohol Control Database* van de WHO worden de prijzen van alcohol tussen verschillende landen vergeleken. Tabel 3.7 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 3.7 Prijsvergelijking van alcohol

	prijs van bier (0,5 liter) in EUR	prijs van wijn (0,75 liter) in EUR	prijs van sterkedrank (0,7 liter) in EUR
België	0,94	2,44	11,7
Luxemburg	0,82	3,5	7,4
Nederland	0,62	2,69	8,79
Frankrijk	0,66	2,29	11,0
Spanje	0,68	0,77	8,62
Noorwegen	2,84	11,21	39,01

Bron: WHO, 2006

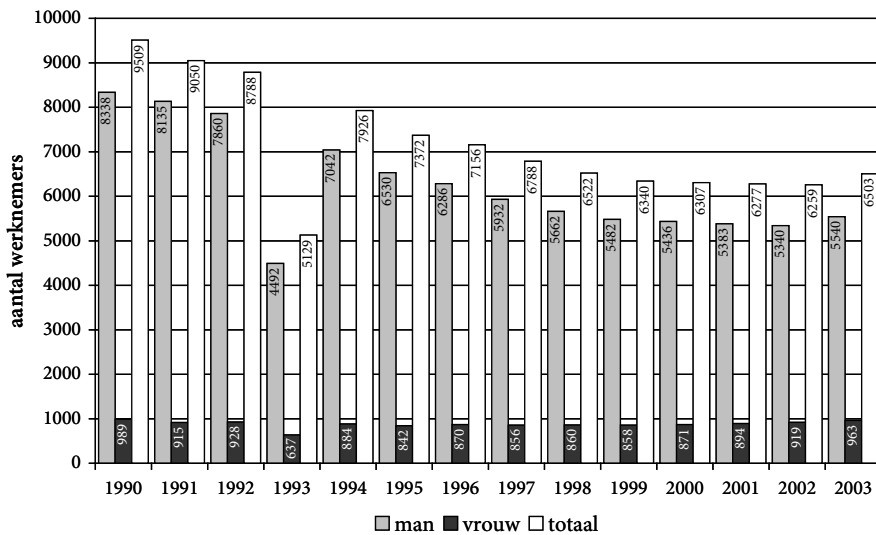
Uit de prijsvergelijking van Eurostat die de prijzen van alcoholische dranken in de EU afzet tegenover de gemiddelde prijs in de EU, blijkt dat in België de prijs voor alcohol 13% onder het Europese gemiddelde zit (Eurostat, 2004). In Nederland is alcohol 13% duurder dan in België. In de Scandinavische landen is alcohol veel duurder dan het EU-gemiddelde: alcohol kost 52% meer in Zweden, 81% meer in Finland en zelfs 150% meer in Noorwegen.

¹⁸. Situatie op 31.12.1994 tot en met 31.12.2004.

3.5 Tewerkstelling in alcoholindustrie

Ten slotte bekijken we de tewerkstelling in de alcoholproducerende nijverheid op basis van cijfers van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ). Grafiek 3.6 geeft het aantal werknemers dat op 30 juni van het jaar is opgenomen in de sociale zekerheid. Tussen 1990 en 2003 nam de tewerkstelling in de alcoholindustrie¹⁹ met 31,6% af. In deze sector werken overwegend mannen. De man-vrouw verhouding bedraagt globaal gezien 85% versus 15%.

Grafiek 3.6 Tewerkstelling in de productie van alcohol in België²⁰

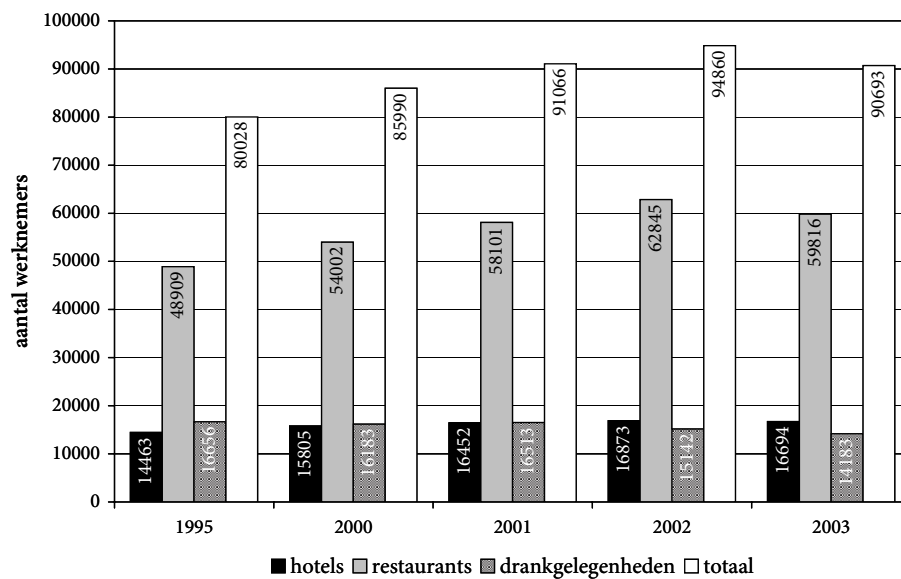


Bron: RSZ, 2005

Naast de directe tewerkstelling in de alcohol producerende nijverheid brengt alcoholconsumptie ook indirecte tewerkstelling met zich mee. Dan doelen we op de horeca, de toeleveringsbedrijven, de drankenhandel, de grootdistributie, de transportsector, ... Tussen 1995 en 2003 steeg de tewerkstelling in hotels en restaurants maar daalde de tewerkstelling in drankgelegenheden met 14,8% (grafiek 3.7) (Buelens & Vansevenant, 2005).

19. Volgende sectoren werden daarvoor in rekening gebracht: brouwerijen (NACE 15.910), mouterijen (NACE 15.920), vervaardiging van cider en andere vruchtenwijn (NACE 15.940), vervaardiging van gedistilleerde alcoholische dranken (NACE 15.960) en vervaardiging van ethylalcohol door gisting (NACE 15.970). Voor de jaren 1990 en 1991 gaat het om volgende sectoren: brouwerijen (NACE 427.1), mouterijen (NACE 427.2), gist- en spiritusfabrieken (NACE 424.1), distilleerderijen (NACE 424.2) en bereiding van andere dranken op basis van wijn (NACE 425.3).
20. Voor 2003 gaat het om het aantal werknemers opgenomen in de sociale zekerheid op 31 december 2003 aangezien de RSZ niet over betrouwbare gecentraliseerde data voor juni 2003 beschikt. Vanaf 2004 worden tweemaal per jaar gedecentraliseerde statistieken opgemaakt, namelijk op 30 juni en op 31 december. Data voor 2004 zijn op dit moment nog niet beschikbaar.

Grafiek 3.7 Tewerkstelling in de horeca in België



Bron: Buelens & Vansevenant, 2005

3.6 Markteconomische trends

- ▶ Cijfers die de economische aspecten van alcoholconsumptie beschrijven, verschillen sterk naargelang de gebruikte bron. De tendensen blijven wel grotendeels dezelfde.
- ▶ De productie van bier steeg, de wijnproductie daalde en ook de productie van sterkedrank ging achteruit.
- ▶ België voert meer alcohol uit dan het invoert. Er wordt hoofdzakelijk bier uitgevoerd en wijn ingevoerd. De helft van de bierproductie is bestemd voor export. Pilsbier vertegenwoordigt 70% van de export.
- ▶ De bierexport kende tussen 1994 en 2004 een spectaculaire groei van 85%. Tegenover 1994 werd er in 2004 22% meer wijn ingevoerd.
- ▶ De inkomsten aan accijnzen stegen tussen 1994 en 2004 met 24%. De accijnsopbrengst op sterkedrank is het grootst en dit is op 10 jaar tijd ook het meest gestegen (15%).
- ▶ De laatste jaren is er een aantal wijzigingen gebeurd in de wetgeving waardoor de ontvangsten aan openingsbelasting en belasting op het vergunningsrecht sterk afnamen.
- ▶ De totale gezinsuitgaven aan alcohol zijn tussen 1978 en 2004 gestegen maar niet voor alle dranken. Vooral de uitgaven aan wijnen en aperitieven zijn fel toegenomen. Gezinnen gaven hoofdzakelijk meer uit aan champagne en mousserende wijnen. De verhouding van de uitgaven aan alcoholische dranken op het gehele budget dat wordt besteed aan voeding, drank en tabak, is over de jaren heen zo goed als niet gewijzigd.
- ▶ Het aantal cafés daalde van 1994 tot 2004 met 32%.
- ▶ De tewerkstelling in de alcoholproducerende industrie daalde. De indirecte tewerkstelling in de drankgelegenheden daalde eveneens maar in hotels en restaurants konden meer mensen aan het werk.

4

HOOFDSTUK 4

PREVALENTIE VAN ALCOHOLGEBRUIK EN GEBRUIKSPATRONEN

Als men de alcoholconsumptie wil vergelijken over de tijd of tussen populaties, zijn er 2 mogelijkheden (Babor e.a., 2003). Men kan enerzijds kijken naar de totale alcoholconsumptie in een populatie, met name de per-capita-consumptie²¹. De per-capita-consumptie wordt berekend op basis van verkoops-, productie- of in- en uitvoerdata en wordt internationaal aanvaard om landen tegenover elkaar te positioneren. Tevens is dit een belangrijke indicator van het aantal individuen dat veel drinkt en bijgevolg ook van de schade die hiermee gepaard gaat. Aanvullend zal bevolkingsonderzoek meer aanwijzingen geven over drinkpatronen in de bevolking. De relatie tussen de totale alcoholconsumptie en de schade wijzigt met het aantal drinkers in een populatie maar ook door de manier waarop alcohol wordt gedronken. Belangrijke aspecten daarbij zijn het soort alcohol dat men drinkt (bijvoorbeeld sterkedrank versus bier), de context waarin wordt gedronken (bijvoorbeeld thuis versus op café), de verdeling van de drinkgelegenheden, de hoeveelheid per drinkgelegenheid, intoxicatie, intoxicatie onder jongeren en afhankelijkheid.

We bekijken in dit hoofdstuk eerst hoeveel de totale alcoholconsumptie in België bedraagt. Vervolgens specificeren we de drinkpatronen van de volwassen Belgische populatie (van 15 jaar en ouder). Aangezien heel wat onderzoek op jongeren focust, lichten we in paragraaf 4.2 de drinkpatronen van jongeren in het bijzonder toe. Drinken is duidelijk een mannenzaak. De sekseverschillen krijgen in dit hoofdstuk eveneens een aparte vermelding. Via een bevraging in het uitgaansleven kunnen we ons uitspreken over de alcoholconsumptie van uitgaanders. Ten slotte gaan we ook kort in op het combineren van alcohol met andere middelen.

21. Is de consumptie per persoon berekend op de totale bevolking.

4.1 Alcoholgebruik in de algemene bevolking

Waarom drinken mensen alcohol? Of met andere woorden: welke determinanten zorgen ervoor dat iemand (problematisch) drinkt? Pos en Hekkink (2004) bundelden de in de literatuur beschreven determinanten voor alcoholgebruik bij volwassenen (18-65 jaar). Als sociaal-demografische determinanten noemen zij leeftijd, geslacht, etniciteit of cultuur, burgerlijke staat, zwangerschap, het al dan niet hebben van kinderen, gezinsgerelateerde of opvoedingsfactoren, socio-economische status, inkomen, opleiding, gaan werken, werkloosheid en religie. Daarnaast wordt er in de literatuur ook gewezen op het belang van individuele determinanten. Pos en Hekkink onderscheiden genetische en biologische factoren, persoonlijkheid, kennis, attitude, uitkomstverwachting, eigen effectiviteit, gewoonte, stress, schaamte, drankvoorkeur, samenhang met andere gedragingen en alcoholgebruik zelf die determinanten kunnen zijn voor problematisch gebruik. Sociale factoren die het alcoholgebruik van volwassenen determineren zijn de waargenomen sociale normen, socialisatie, directe sociale druk, binding aan school, gezinsgerelateerde of opvoedingsfactoren en het sociaal netwerk. In de omgeving zijn belangrijke determinanten: beschikbaarheid, reclame, prijs en omgevingsfactoren.

De publicatie *World Drink Trends* geeft jaarlijks een overzicht van de alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking per land. De editie van 2005 presenteert cijfers tot 2003. In het jaarlijkse sectoroverzicht van de Belgische Brouwers worden cijfers gegeven van de bierconsumptie in België.

De resultaten van de nationale gezondheidsenquête geven een basisinzicht in drinkpatronen van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder. De gezondheidsenquête, die wordt uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en het NIS, vond ondertussen 3 keer plaats, namelijk in 1997, in 2001 en in 2004.

4.1.1 Per-capita-consumptie

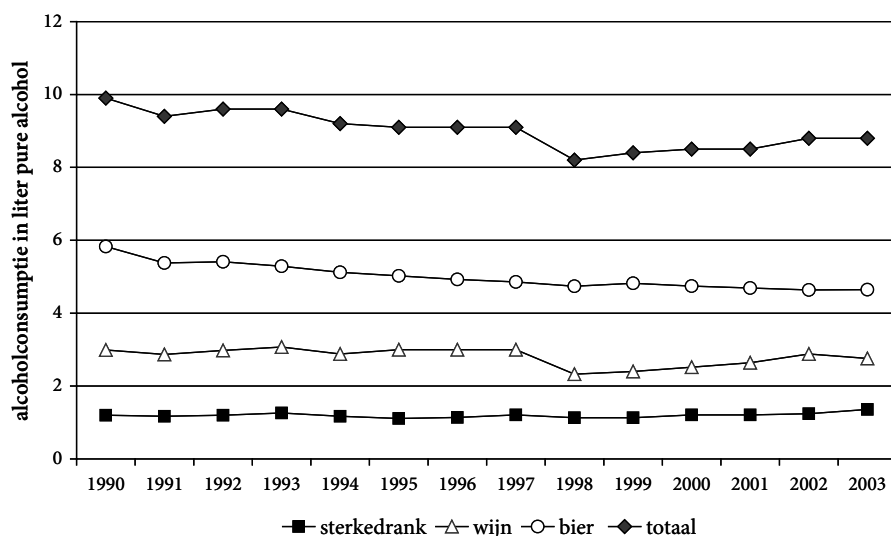
De doorsnee-Belg dronk in 2001 771 koppen koffie, 553 glazen water, 488 glazen frisdrank, 360 glazen bier, 165 glazen wijn, 133 glazen fruitsap, 85 glazen sterke-drink, 53 koppen thee en 14 koppen chocolademelk (NIS, 2003a).

Belgen dronken in 2003 gemiddeld 96,2 liter bier, 23 liter wijn en 3,9 liter²² sterkedrank (Commission for Distilled Spirits, 2005). In totaal dronken we gemiddeld 8,8 liter pure alcohol in 2003²³ (grafiek 4.1). Tegenover 1990 is de totale gemiddelde

22. De consumptie van sterkedrank in liter pure alcohol wordt hier vermenigvuldigd met een standaardfactor 2,85 om het aantal liter te bekomen.

23. Wanneer we de consumptie van bier en wijn omzetten in liter pure alcohol, dan werd er in 2003 in België per persoon 4,65 liter pure alcohol uit bier gedronken en 2,8 liter pure alcohol uit wijn. Daarbij gaan we uit van een gemiddeld percentage alcohol van 4,83% in bier en 12% in wijn.

Grafiek 4.1 Per-capita-consumptie van alcoholische dranken door de Belgische bevolking



Bron: Commission for Distilled Spirits, 2005

consumptie per capita met 11% gedaald van 9,9 naar 8,8 liter pure alcohol. Vooral de consumptie van bier ging achteruit, de consumptie van wijn daalde eveneens en de consumptie van sterkedrank steeg. De consumptie van sterkedrank neemt sinds 2000 toe, tussen 2002 en 2003 zelfs met 9,7%. Tegenover 1990 drinken we nu 13% meer sterkedrank. De bierconsumptie nam op dezelfde periode met 20,3% af. De consumptie van wijn daalde ook, zij het minder sterk met 7,6%.

De alcoholconsumptie was in België het grootst begin jaren tachtig (Commission for Distilled Spirits, 2005). In totaal werd toen 10,8 liter pure alcohol geconsumeerd. Vanaf het begin van de jaren zestig tot op het einde van de jaren tachtig klimt de alcoholconsumptie. In 1963 bedraagt de per-capita-consumptie 6,7 liter pure alcohol, in 1990 9,9. In de jaren negentig wordt een daling ingezet die tot op heden aanhoudt.

4.1.2 Drinkpatronen

Zoals al uitvoerig aangehaald in hoofdstuk 2 zegt de indicator 'per-capita-consumptie' niets over verschillende drinkpatronen in de bevolking. Bevolkingsonderzoek geeft aanvullende waardevolle informatie over individuele variaties in het consumptieniveau, tijdelijke drinkpatronen, de settings waarin wordt gedronken,

wat wordt gedronken en socio-demografische en andere variabelen die gecorreleerd zijn met drinken.

Wat België/Vlaanderen betreft, kunnen we om drinkpatronen te beschrijven een beroep doen op de resultaten van de nationale gezondheidsenquête²⁴ en op gegevens van de Belgische Brouwers.

Drankvoorkeuren

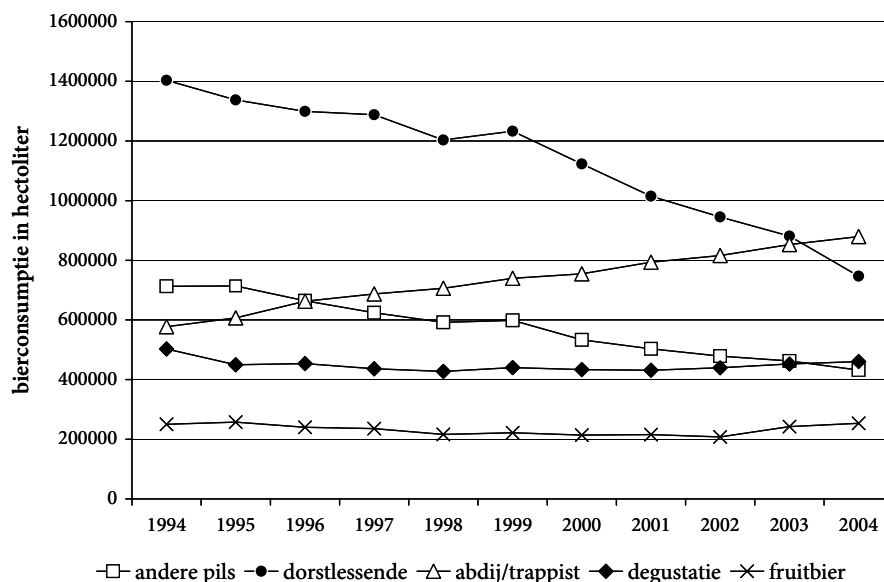
In de gezondheidsenquête werd in 2001 geen vraag opgenomen waaruit de drankvoorkeur kan afgeleid worden. In 1997 was dat wel het geval en in de enquête van 2004 werd deze vraag opnieuw ingevoerd. Uit de World Drink Trends-cijfers kunnen we gerust besluiten dat Belgen bierdrinkers zijn.

De gezondheidsenquêtes van 1997 en 2004 geven aan dat 8 op de 10 Vlamingen het laatste jaar bier of wijn dronken, ongeveer 45% dronk likeur of sterkedrank, en 3 op de 10 dronken cocktails/longdrinks (Bayingana e.a., 2006). Bijna 8 op de 10 Vlamingen dronken de laatste 12 maanden verschillende soorten alcoholische dranken.

Uit de gezondheidsenquêtes van 1997 bleek dat 55,8% van de Vlaamse bevolking van 15 jaar of ouder gewoonlijk bier drinkt tijdens de week indien alcohol wordt gedronken (Demarest e.a., 1998). 26,2% drinkt in de week wijn of likeur en 9,3% sterkedrank.

Pils is al jaren het meest gedronken bier in België en goed voor ongeveer 70% van de consumptie (Buelens & Vansevenant, 2005). Toch daalde tussen 1994 en 2004 de consumptie van pils met 5%. De laatste jaren steeg vooral de consumptie van abdijbieren en trappist (grafiek 4.2). De consumptie van degustatiebieren vertoont een vrij stabiel verloop. De dorstlessende bieren en de andere pilsbieren zien hun aandeel in de consumptie al jaren dalen. Sinds 2002 is de consumptie van fruitbieren aan een opmars bezig. We noteren een stijging in de consumptie van 22% tussen 2002 en 2004.

24. Om de resultaten van de gezondheidsenquête weer te geven baseren we ons op de cijfers zoals weergegeven in de tabellen op de interactieve website van de gezondheidsenquête: <http://www.iph.fgov.be/epidemiio/hisia/index.htm>.

Grafiek 4.2 Evolutie van de bierconsumptie in België naargelang het biertype²⁵

Bron: Buelens & Vansevenant, 2005; Belgische Brouwers, 1999

In de bierbarometer onderzocht de Beer & Society Information Center²⁶ in 2005 de drankvoorkeuren van de Belgen (Beer & Society Information Center, 2005). Dit gebeurde via een internetenquête bij respondenten tussen 16 en 75 jaar. Uit de resultaten blijkt dat de keuze voor een drank samenhangt met de locatie. Op café, in een discotheek, op restaurant, op familiefeesten of op recepties kiest men andere dranken dan thuis (grafiek 4.3). Bovendien verschilt de drankvoorkeur voor mannen en vrouwen, voor verschillende leeftijdsgroepen en voor beroepscategorieën. De favoriete drank op café is voor 87% van de respondenten bier (70% van de vrouwen en 93% van de mannen). Vooral vrouwen (15%) en jongeren tussen 16 en 25 (10%) kiezen in tweede instantie voor een alcoholvrije drank op café. 10% van de vrouwen verkiest wijn te drinken op café.

Tijdens het uitgaan (disco, club) is bier de favoriete drank van 77% van de respondenten. Dit geldt vooral voor arbeiders en gepensioneerden en voor de oudere leeftijdsgroepen (35+). In vergelijking met de ouderen kiezen jongeren naast bier ook meer voor sterkedrank. Sterkedrank geniet de voorkeur van 16% van de 16-25-jarigen, en van 11% van de 26-35-jarigen. Ook alcopops worden door deze

25. Onder 'andere pils' wordt verstaan tafelbier, alcoholarme bieren en bier zonder alcohol en luxe pils. Dorstlessende bieren zijn amberbier, witbier en roodbruine bieren. Degustatiebieren zijn zware blonde bieren, streekbieren en Britse biertypes. Onder fruitbier wordt verstaan geuze, kriel of ander fruitbier.

26. Het Beer & Society Information Center werd opgericht op initiatief van de Belgische Brouwers en stelt zich tot doel de consument, de media en wetenschappers beter te informeren over de positieve gezondheidsaspecten van een verstandig bierversbruik.

leeftijdsgroepen meer genoemd (respectievelijk 7% en 4%) dan door de ouderen. Bij een avondje uit naar een disco of club zijn er meer vrouwen dan mannen die op de tweede plaats een alcoholvrije drank verkiezen (18%). Zij zullen ook meer dan mannen kiezen voor sterkedrank (9%), wijn (8%) en alcopops (6%).

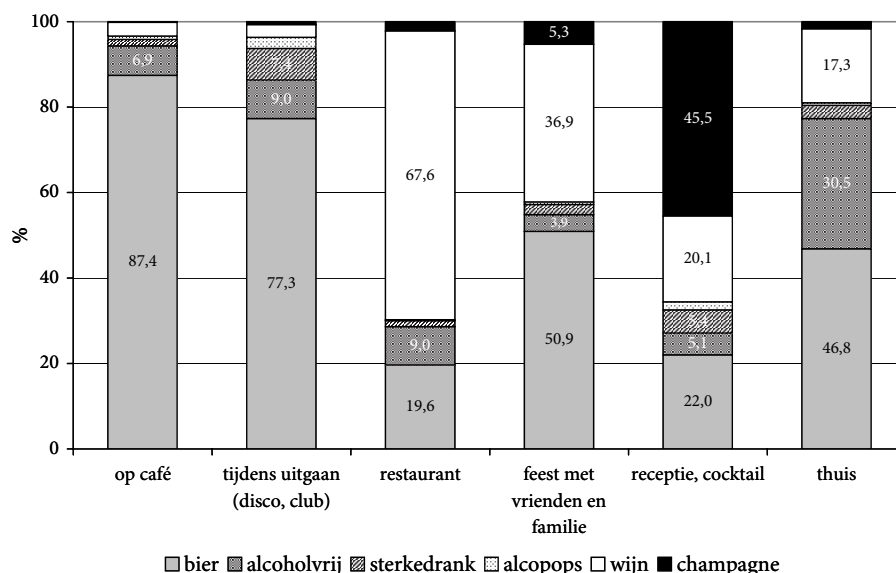
Op restaurant gaat de voorkeur van 68% van de respondenten naar wijn. 20% drinkt op restaurant bij voorkeur bier. Bier drinken op restaurant is het populairst bij arbeiders (30%). Studenten (23%), werklozen (18%) en vrouwen (14%) kiezen op restaurant meer dan gemiddeld voor een alcoholvrije drank.

Bij feesten met vrienden en familie (bijvoorbeeld bruiloften, barbecue) is de favoriete drank bier voor de mannen (58%) en wijn voor de vrouwen (51%).

Op een receptie of een cocktailparty drinkt men het liefst champagne (46%), bier (22%) of wijn (20%).

Thuis verkiest men in bijna de helft van de gevallen bier (47%). Bier geniet vooral de voorkeur van mannen, arbeiders, gepensioneerden en ouderen (45+). Vrouwen (42%), studenten (55%) en jongeren tussen 16 en 25 jaar (56%) verkiezen thuis alcoholvrije dranken.

Grafiek 4.3 Drankvoorkeur per gelegenheid



Bron: Beer & Society Information Center, 2005

Wat bier drinken betreft, gaat de voorkeur uit naar pilsbier: 52% drinkt het meest pils. Abdijbieren komen op de tweede plaats (9%), gevolgd door sterk blonde bieren (7%). Vrouwen drinken naast pils het meest fruitbieren en geuze (19%). Ook bij jongeren tussen 16 en 25 jaar merken we deze voorkeur. Ouderen vanaf 46 jaar drinken al eens meer abdijbieren.

Van een biertje drinken geniet men het meest onder vrienden. Op de tweede plaats wordt bier als verfrissende dorstlesser geapprecieerd (vooral door vrouwen).

Drinkers versus geheelonthouders

4% van de respondenten die participeerden aan de bierbarometer drinkt nooit bier en 2% drinkt nooit alcohol (bier, wijn, sterkedrank) (Beer & Society Information Center, 2005). 9% zegt stevig (meer dan 3 consumpties per dag) bier te drinken en 11% beweert stevig alcohol te drinken. De meerderheid beschouwt zichzelf als lichte bier- (64%) of alcoholdrinkers (57%) (van 1 glas per maand tot 4 per week).

Door de resultaten van de 3 gezondheidsenquêtes met elkaar te vergelijken merken we dat er geen verschillen zijn tussen 1997 en 2004 (Bayingana e.a., 2006). Het percentage van de bevolking dat in het afgelopen jaar minstens 1 alcoholische drank dronk, was 86,0% in 1997 en 86,4% in 2004. In 2004 is dit percentage wel hoger vergeleken met 2001 (82,0%) maar dit verschil is wellicht toe te schrijven aan een wijziging in de vraagstelling.

In 2001 zijn er meer geheelonthouders²⁷ in de Vlaamse bevolking dan in 2004 (18,0% versus 13,6%). Tegenover 1997 is het aandeel geheelonthouders in de bevolking stabiel gebleven (14,0%).

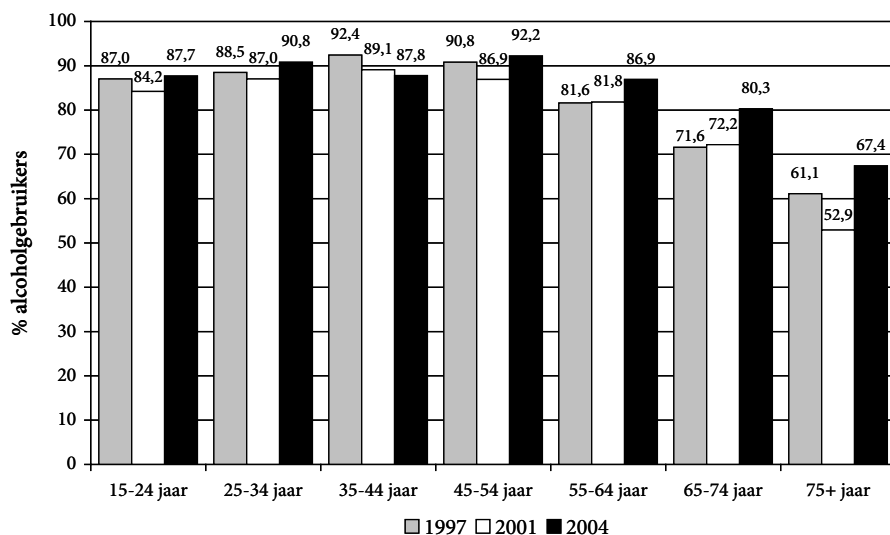
Er zijn meer mannen dan vrouwen die het afgelopen jaar alcohol dronken (1997: 92,1 mannen, 79,8% vrouwen; 2001: 89,5% mannen, 74,9% vrouwen; 2004: 90,6% mannen, 82,5% vrouwen).

De alcoholconsumptie neemt toe tot de leeftijd van 45-54 jaar en daalt op latere leeftijd, althans dat is het patroon in 2004 (grafiek 4.4). Vooral in de oudere leeftijden zien we tussen 1997 en 2004 een toename in de alcoholconsumptie. Bij de 35-44-jarigen daalde de alcoholconsumptie.

Tot slot stelt de gezondheidsenquête vast dat er meer drinkers zijn bij de hoger opgeleiden (93,5%) dan bij de laagst opgeleiden (70,6%).

27. Geheelonthouders zijn personen die het afgelopen jaar geen alcohol dronken.

Grafiek 4.4 Laatstejaarsgebruik van alcohol naar leeftijd in het Vlaamse Gewest



Bron: Bayingana e.a., 2006

Alcoholconsumptie tijdens de week en in het weekend²⁸

Een derde van de Vlaamse bevolking drinkt geen alcohol of slechts af en toe (minder dan 1 keer per week) (Bayingana e.a., 2006).

Slechts weinig personen drinken *enkel alcohol op weekdays*: 2,4% in 2004; 2,2% in 2001 en 2,9% in 1997. Tijdens de week worden gemiddeld 2,6 glazen gedronken (2004).

In 2004 dronk 33,6% van de bevolking uit het Vlaamse Gewest *enkel alcohol tijdens het weekend* (Bayingana e.a., 2006). In 1997 ging het nog om 34,4% en in 2001 om 32,2%. Tijdens het weekend, zo blijkt uit de enquête van 2004, wordt een gemiddelde van 3,6 glazen gedronken.

Tussen vrouwen en mannen is er weinig verschil wat betreft het uitsluitend tijdens de week of enkel in het weekend drinken.

Het valt op dat het percentage weekenddrinkers zeer hoog is bij de jongeren (45,8% bij de 15-24-jarigen in 2004) en daalt met de leeftijd (15,5% bij de 75-plussers in 2004) (grafiek 4.5). In 2004 is het uitsluitend tijdens het weekend drinken toegenomen bij de personen vanaf 65 jaar.

28. 'Tijdens de week' is gedefinieerd als 'van maandag tot donderdag'; 'in het weekend' is gedefinieerd als 'van vrijdag tot zondag'.

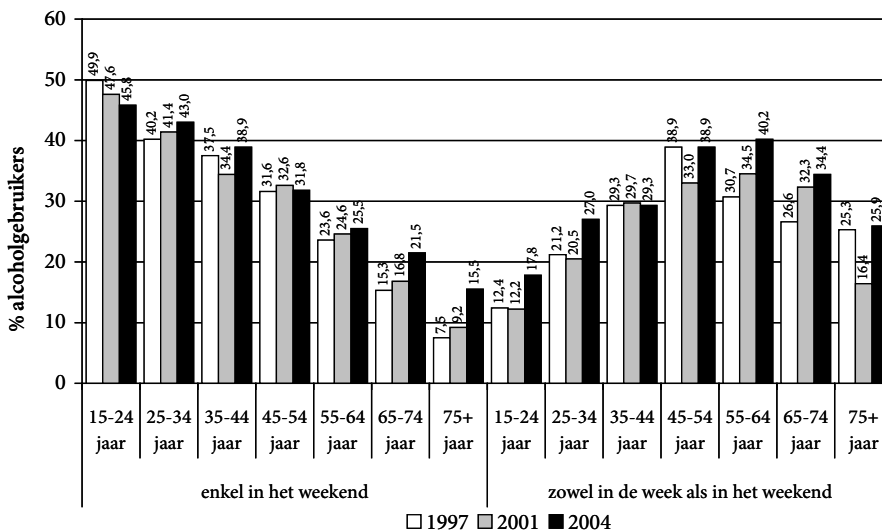
Zowel tijdens de week als in het weekend wordt in 2004 het hoogste gemiddeld aantal glazen alcohol gedronken door de jongeren van 15-24 jaar. Zij drinken tijdens de week gemiddeld 3,5 glazen en tijdens het weekend 5,1 glazen.

30,9% van de Vlamingen drinkt in 2004 *zowel tijdens de week als in het weekend* (Bayingana e.a., 2006). In 1997 (26,4%) en 2001 (26,1%) dronk een kwart van de Vlaamse bevolking zowel tijdens de week als in het weekend. Het percentage vrouwen dat zowel tijdens de week als in het weekend drinkt, is veel lager dan het percentage mannen: in 2004 drinkt 39,2% van de mannen tegenover 22,9 van de vrouwen zowel tijdens de week als in het weekend. In 1997 en 2001 zien we gelijkwaardige verhoudingen.

Het drinkpatroon van zowel tijdens de week als in het weekend te drinken komt vaker voor in de oudere leeftijdsgroepen (grafiek 4.5). In 2004 drinken ongeveer 4 op de 10 personen tussen 45 en 64 jaar in de week en in het weekend. Ook in 1997 en 2001 kunnen we deze tendens vaststellen, al was het aandeel drinkers in deze leeftijdsgroepen toen iets kleiner. Tegenover de voorgaande jaren lijkt het percentage Vlamingen dat zowel in de week als in het weekend drinkt in alle leeftijdsgroepen gestegen behalve bij de 35-44-jarigen.

Zowel het percentage weekenddrinkers als het percentage personen dat zowel tijdens de week als in het weekend drinkt, neemt toe naarmate het opleidingsniveau stijgt.

Grafiek 4.5 Consumptie van alcohol tijdens het weekend en zowel tijdens de week als in het weekend naar leeftijd in het Vlaamse Gewest



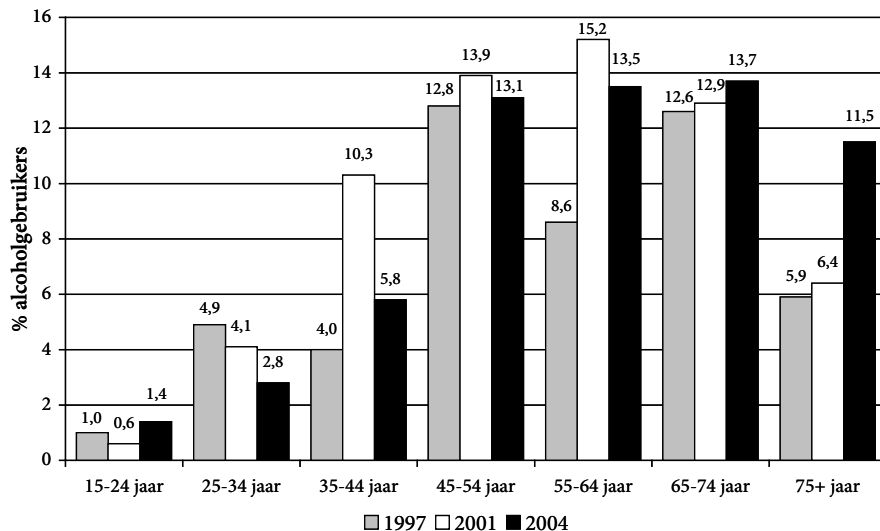
Bron: Bayingana e.a., 2006

Dagelijkse drinkers

In het Vlaamse Gewest vinden we in 2001 (9,1%) en in 2004 (8,4%) een groter percentage dagelijkse drinkers dan in 1997 (6,6%) (Bayingana e.a., 2006). Na correctie voor leeftijd en geslacht is dit verschil niet significant. Dagelijks alcoholgebruik hangt significant samen met geslacht, leeftijd en opleidingsniveau.

Dubbel zoveel mannen dan vrouwen drinken dagelijks alcohol (1997: 10,1% mannen en 3,0% vrouwen; 2001: 12,1% mannen en 6,1% vrouwen; 2004: 11,9% mannen en 5,2% vrouwen). Het dagelijks alcoholgebruik stijgt met de leeftijd en bereikt een piek op de leeftijd 55 tot 74 jaar (grafiek 4.6). Dat is althans het patroon in 2004. In 1997 laat de grafiek een onregelmatige verdeling in de dagelijkse alcoholconsumptie volgens leeftijd zien. Alleszins valt op dat dagelijks drinken het meest voorkomt bij de oudere leeftijdsgroepen (45 tot 74 jaar oud). Tegenover 2001 zien we in 2004 iets meer dagelijkse drinkers in de leeftijdsgroepen 15-24 jaar en 64-74 jaar. Bij de 75-plussers is het dagelijks alcoholgebruik fel toegenomen. In de overige leeftijdsgroepen daalde het percentage dagelijkse drinkers. Dagelijks drinken neemt toe naarmate het opleidingsniveau stijgt.

Grafiek 4.6 Dagelijks gebruik van alcohol naar leeftijd in het Vlaamse Gewest



Bron: Bayingana e.a., 2006

Gedronken hoeveelheid

In de gezondheidsenquête geven 2 indicatoren aan hoeveel alcohol personen drinken (Bayingana e.a., 2006). De eerste indicator geeft het gemiddeld aantal glazen aan dat per week door de wekelijkse drinkers wordt gedronken. De tweede indicator geeft de verdeling van de bevolking volgens de hoeveelheid alcohol die ze gewoonlijk tijdens de week drinken.

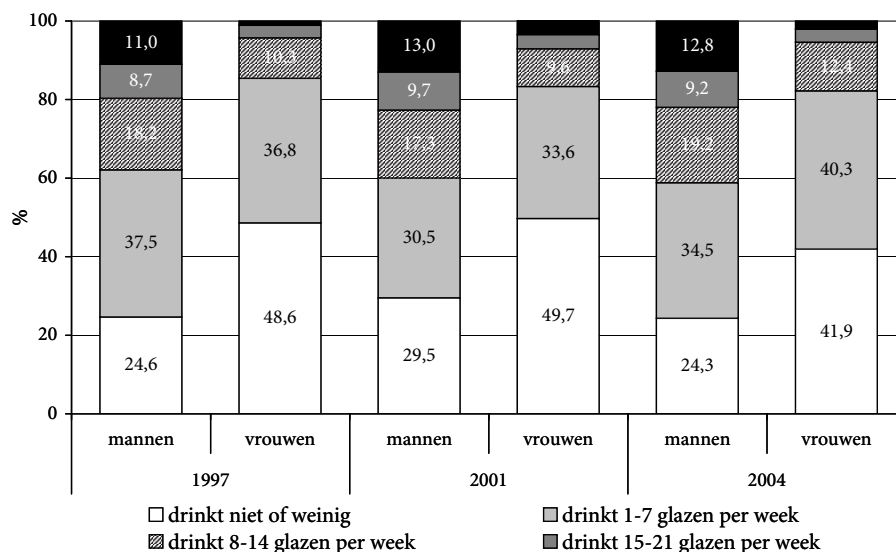
In 2004 drinken de Vlamingen die wekelijks drinken *gemiddeld 10 glazen alcohol per week*. Dat is iets meer in vergelijking met 1997 (9,6 glazen) en minder dan in 2001 (11,4 glazen). Bij de jongeren en bij personen tussen 45 en 64 jaar is het gemiddeld aantal glazen alcohol dat wekelijks wordt gedronken hoger: respectievelijk 12 en 11 glazen in 2004. In 2001 is deze tendens minder duidelijk uit de cijfers af te leiden. In het Vlaamse Gewest drinken de jonge mannen van 15-24 jaar gemiddeld meer (17 glazen per week) dan in het Brusselse (11 glazen) of het Waalse Gewest (12 glazen). In 1997 en 2001 dronken de jonge mannen gemiddeld minder (12 glazen). Vrouwen drinken per week gemiddeld minder dan mannen: 7 versus 13 glazen in 2004. De andere jaren observeren we een gelijke verhouding. De gemiddelde hoeveelheid alcohol die per week wordt gedronken, verschilt niet volgens het opleidingsniveau.

In 2004 drinkt 37,5% van de bevolking 1 tot 7 *glazen alcohol per week*, 15,7% drinkt 8-14 glazen per week en 6,2% het equivalent van 15-21 glazen. 7,3% drinkt 22 of meer glazen per week. Het percentage zware drinkers (22 of meer glazen per week) daalde sinds 2001 (8,2%).

Er zijn minder vrouwen die een hoog alcoholgebruik rapporteren (grafiek 4.7). Als we de NIGZ- en VAD-criteria voor overmatig drinken op de beide seksen toepassen, dan drinkt in 2004 12,8% van de mannen 22 of meer glazen alcohol per week, bij de vrouwen drinkt 5,4% 15 of meer glazen per week.

Het percentage zware drinkers is in het Vlaamse Gewest het grootst bij de 15-24-jarigen (9,1%) en de 45-54-jarigen (8,9%).

Grafiek 4.7 Gemiddelde alcoholconsumptie in aantal glazen per week naar sekse in het Vlaamse gewest



Bron: Bayingana e.a., 2006

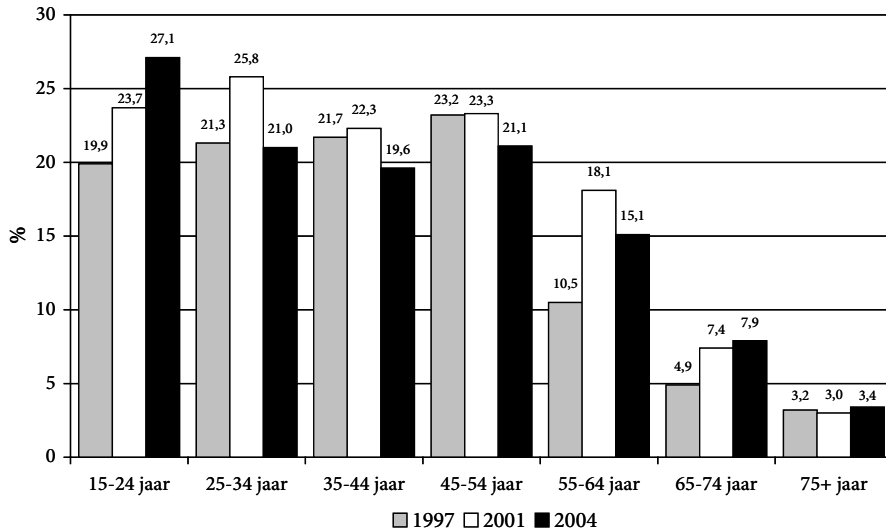
Overconsumptie

In de gezondheidsenquête wordt overconsumptie van alcohol gedefinieerd als minstens eenmaal per maand meer dan 6 glazen alcohol op eenzelfde dag drinken (Bayingana e.a., 2006). Het percentage personen dat de afgelopen 6 maanden minstens 1 keer per maand een overmatige hoeveelheid alcohol heeft gebruikt, bleef tussen 2004 (17,9%) en 1997 (18,3%) redelijk stabiel.

Overconsumptie komt opvallend meer voor bij mannen (1997: 30,9%; 2001: 32,8%; 2004: 28,4%) dan bij vrouwen (1997: 5,2%; 2001: 7,0%; 2004: 7,8%).

Tot de leeftijd van 54 jaar blijkt gemiddeld 20% van de bestudeerde populatie minstens eenmaal per maand meer dan 6 glazen alcohol te drinken. Eenmaal 55 jaar, daalt dit percentage gestaag (grafiek 4.8). Het hoogste percentage overmatig drinken stellen we vast bij de jongeren tussen 15 en 24 jaar (27,1% in 2004) en vooral bij de jongere mannen (41,8% in 2004). Tussen 2001 en 2004 is er een daling te zien in de overconsumptie van alcohol maar die blijkt niet significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

Grafiek 4.8 Overmatig alcoholgebruik minstens eenmaal per maand naar leeftijd in het Vlaamse Gewest



Bron: Bayingana e.a., 2006

Beginleeftijd

De beginleeftijd waarop men alcohol begint te drinken ligt in Europa op 14,57 jaar (EORG, 2003). Belgen starten met alcohol drinken gemiddeld op de leeftijd van 14,68 jaar. Er is een tendens dat de beginleeftijd waarop men alcohol begint te drinken daalt.

Trends in alcoholconsumptie in de algemene bevolking

- ▶ De per-capita-consumptie van alcohol daalde van 9,9 liter pure alcohol in 1990 tot 8,8 liter pure alcohol in 2003.
- ▶ De per-capita-alcoholconsumptie was in België het grootst begin jaren tachtig.
- ▶ In de periode 1990-2003 daalde de per-capita-consumptie van bier en wijn en steeg de per-capita-consumptie van sterkedrank.
- ▶ Ondanks de daling in het gebruik van bier blijven de Belgen pilsdrinkers.
- ▶ 8 op de 10 Vlamingen dronken het laatste jaar bier of wijn.
- ▶ De consumptie van abdijbieren en trappist toont een stijgend verloop tussen 1995 en 2004.
- ▶ Sinds 2002 groeit de populariteit van fruitbieren.
- ▶ De keuze voor een zeker type alcohol wordt bepaald door de drinkgelegenheid en de sekse van de drinker. Op café en in discotheken of clubs wordt vooral bier gedronken. Op restaurant geeft men de voorkeur aan wijn. Bij recepties en cocktailparty's drinkt men het liefst champagne. Op feesten bij vrienden of familie verkiezen vrouwen wijn en drinken mannen het liefst bier. Thuis zullen mannen vooral bier drinken terwijl vrouwen dan een alcoholvrije drank verkiezen.
- ▶ Het aantal drinkers in de bevolking bleef tussen 1997 en 2004 stabiel op 86%.
- ▶ In de oudere leeftijdsgroepen (vanaf 45 jaar) nam de alcoholconsumptie tussen 1997 en 2004 toe.
- ▶ Dagelijks drinken is tussen 1997 en 2004 niet significant toegenomen.

- ▶ Vergeleken met 1997 en 2001 is het uitsluitend tijdens het weekend drinken sterk toegenomen bij de 65-plussers.
- ▶ In 1997 en 2001 drinkt een kwart van de Vlamingen zowel in de week als in het weekend. In 2004 drinken 3 op de 10 personen zowel in de week als in het weekend alcohol.
- ▶ Het gemiddeld aantal glazen dat wekelijks wordt gedronken bleef stabiel: 10 glazen in 2004, 11,4 in 2001 en 9,6 in 1997.
- ▶ Bij de jonge mannen van 15-25 jaar is in 2004 het gemiddeld aantal gedronken glazen per week (17 glazen) wel groter dan in de voorgaande jaren (12 glazen).
- ▶ Het percentage zware drinkers, namelijk de personen die wekelijks 22 glazen of meer dronken, daalde in 2004 (7,3%) vergeleken met 2001 (8,2%).
- ▶ Overconsumptie, namelijk minstens eenmaal per maand meer dan 6 glazen alcohol drinken, bleef over de verschillende jaren redelijk stabiel. De opvallendste toename doet zich voor bij de 55-64-jarigen.

4.2 Alcoholconsumptie door jongeren

Alcoholgebruik begint al in de adolescentie. Naast het feit dat jongeren door rolmodellen beïnvloed worden in hun alcoholgebruik (bijvoorbeeld ouders, vrienden, familie) is het ook zo dat jongeren er op bepaalde momenten zelf voor kiezen om alcohol te drinken (Schmid & Nic Gabhainn, 2004). Alcohol vervult een functie in het leven van jongeren. Alcoholconsumptie staat voor een privilege van volwassenen, wat ervoor kan zorgen dat jongeren zich door alcoholgebruik ouder voelen. Jongeren kunnen drinken zien als een manier om autonomie en onafhankelijkheid te verwerven van de ouders of andere opvoedende figuren. In de vriendengroep kan alcohol de interactie vergemakkelijken, men krijgt gemakkelijker nieuwe vrienden, of men kan de eigen populariteit verhogen. Alcohol kan ook een middel zijn om te ontspannen of om af te rekenen met allerhande verwachtingen waarmee jongeren te maken krijgen.

Jongeren hebben vaak de verkeerde indruk dat iedereen in de vriendengroep drinkt (Schmid & Nic Gabhainn, 2004). Voor hen zijn de directe aantrekkelijke effecten van alcohol opvallender dan de gevolgen op korte of lange termijn. Reclame voor alcohol speelt hier ook gretig op in door de voordelen van alcoholgebruik in de verf te zetten: kameraadschap, mannelijkheid, seksuele aantrekkelijkheid, romantiek, vlucht en avontuur.

Voor jongeren kan alcoholgebruik nadelige sociale gevolgen hebben zoals het missen van lessen op school, achterop raken met schooltaken, ongeplande en onbeschermde seks, ruzie met vrienden, destructief gedrag of problemen met de politie (Schmid & Nic Gabhainn, 2004).

Welke factoren beïnvloeden het alcoholgebruik van jongeren? Waarom drinken sommige jongeren en andere niet? Wanneer evolueert sporadisch een pintje drinken tot alcoholmisbruik?

- Ouders en familie: jongeren worden in gezins- en familieverband geïntroduceerd in de consumptie van alcohol (bijvoorbeeld bij verjaardagen, huwelijken en andere feesten) Of jongeren alcohol blijven drinken, hangt af van zowel risico- als beschermende factoren in het gezin.

Risicofactoren:

- Drinkgedrag van de ouders: als de ouders veel drinken is alcohol meer beschikbaar, zijn er meer gelegenheden waarop ze alcohol kunnen proberen en is er een grotere tolerantie van de ouders tegenover alcoholgebruik.
- Drinkgedrag van broers en zussen: als oudere broers of zussen vaak drinken is de kans groter dat ook de jongere kinderen alcohol drinken.
- Gezinsamenstelling: het risico op problematisch alcoholgebruik bij jongeren is groter bij jongeren uit eenoudergezinnen en vooral bij gescheiden ouders.

Beschermende factoren:

- De relatie tussen ouders en kinderen: de alcoholconsumptie van jongeren is lager als ze een goede relatie hebben met de ouders, gebaseerd op vertrouwen. Als conflicten in het gezin constructief worden opgelost, worden belangrijke vaardigheden bijgebracht die van belang kunnen zijn bij het voorkomen van alcoholmisbruik.
- School: drinken kan zowel het gevolg als de oorzaak zijn van problemen op school: bijvoorbeeld slechte schoolprestaties, negatieve attitude tegenover school, opvallend gedrag.

- Vriendengroep en subculturen: zeker wanneer kinderen ouder worden, neemt de invloed van de vriendengroep toe.
- Beschikbaarheid, reclame en wettelijke beperkingen: hogere prijzen, beperkte beschikbaarheid, hoge minimumleeftijd waarop alcohol mag gekocht worden, controle op de verkoop van sterkedrank verminderen de alcoholconsumptie van jongeren. De blootstelling aan directe en indirecte reclame heeft ook een grote impact.

Bron: Settertobulte e.a., 2001.

Een paar van de in het kader opgesomde determinanten werd getoetst in het onderzoek van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties (OIVO) (2005). Daarin besluiten de auteurs dat als broers of zussen of vrienden alcohol drinken, de jongere ook vaker zelf alcohol drinkt. Men vond ook een verband tussen de gezinsstructuur en het alcoholgebruik van de jongere: 37% van de jongeren in een tweoudergezin drinkt alcohol tegenover 41% van de jongeren in een eenoudergezin. De onderzoekers vonden een sterk verband tussen het alcoholgebruik van de ouders en dat van de kinderen. 55% van de jongeren waarvan beide ouders alcohol drinken, drinkt tegenover 27% van de jongeren waarvan de ouders niet drinken.

In de literatuur wordt de tendens vastgesteld dat jongeren meer en op steeds vroegere leeftijd alcohol beginnen drinken (Settertobulte e.a., 2001). Nieuwe alcoholische dranken die pas de laatste jaren op de markt kwamen, waaronder de alcopops, zijn specifiek ontwikkeld om een jonge doelgroep aan te spreken. Nieuwe alcoholproducten zijn qua smaak aangepast aan de smaak van jongeren – ze zijn namelijk zachter en zoeter – maar ook het imago is afgestemd op de voorkeuren van adolescenten op het vlak van muziek, sport, mode, media, technologie, ... (Vandercammen, 2004).

Alcoholgebruik van jongeren werd in Vlaanderen de afgelopen jaren bestudeerd in verschillende surveys over gezondheidsgedrag of middelengebruik. VAD organiseert al sinds 1999 in opdracht van de Vlaamse Gemeenschap een leerlingenbevraging in Vlaamse scholen (Kinable, 2005). Deze bevraging is gebaseerd op het concept 'Drugbeleid Op School' (DOS) en onderzoekt hoe leerlingen staan tegenover druggebruik van jongeren en de manier waarop ze de sfeer op school en het drugbeleid op school ervaren. De studie *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC) is een internationale studie die ook in België wordt uitgevoerd onder toezicht van de WHO (Vereecken & Maes, 2002). Ze bestudeert gezondheidsgerelateerde attitudes en gedragingen van jongeren. Op basis van deze studies kun-

nen we ons uitspreken over het alcoholgebruik van leerlingen in het secundair onderwijs in Vlaanderen. Beide studies lopen al een aantal jaar zodat bovendien evoluties in het drinkgedrag van jongeren kunnen beschreven worden.

Voor de vraag wanneer jongeren starten met het drinken van alcohol bekijken we de resultaten van de HBSC studie (Vlaanderen), de ESPAD studie (België) en het onderzoek van de Sleutel in de Euregio Scheldemond (Vereecken & Maes, 2002, Hibell e.a., 2004, Lombaert, 2005).

4.2.1 VAD-leerlingenbevraging

De leerlingenbevraging van VAD loopt al sinds januari 1999 (Kinable, 2005). Dit wil zeggen dat we gegevens hebben van 7 opeenvolgende schooljaren. Omdat in de eerste 2 schooljaren met een ietwat andere vragenlijst en een andere verwerkingsmethode werd gewerkt, kunnen de gegevens van die periode niet gebruikt worden voor een vergelijking over de schooljaren heen. Dat kan wel met de laatste 5 schooljaren.

Uit de resultaten voor het schooljaar 2004-2005 blijkt dat onder leerlingen in het secundair onderwijs in Vlaanderen alcohol nog steeds het meest gebruikte psychoactieve middel is (Kinable, 2005). 84,5% van alle leerlingen in het secundair onderwijs heeft ooit alcohol gedronken, 70,5% dronk ook tijdens het jaar voor de bevraging alcohol: 44,3% deed dit occasioneel, 26,2% deed dit minstens regelmatig²⁹. 74,8% van de leerlingen heeft voor de leeftijd van 15 al eens alcohol gedronken en 49,4% ook het voorbije jaar. Op de leeftijd van 15-16 jaar is de overgrote meerderheid van de leerlingen al in contact gekomen met alcohol. Met de leeftijd neemt ook al snel de frequentie van alcoholgebruik toe: 30,4% van de 15-16-jarigen en 56,8% van de 17-18-jarigen drinkt regelmatig alcohol.

We zien tussen de onderwijsvormen en tussen jongens en meisjes niet zo'n grote verschillen in prevalentie. Het verschil zit in verschillende drinkpatronen: leerlingen technisch secundair- (TSO) en beroepssecundair- (BSO) drinken vaker alcohol dan leerlingen algemeen secundair onderwijs (ASO) en jongens drinken vaker alcohol dan meisjes.

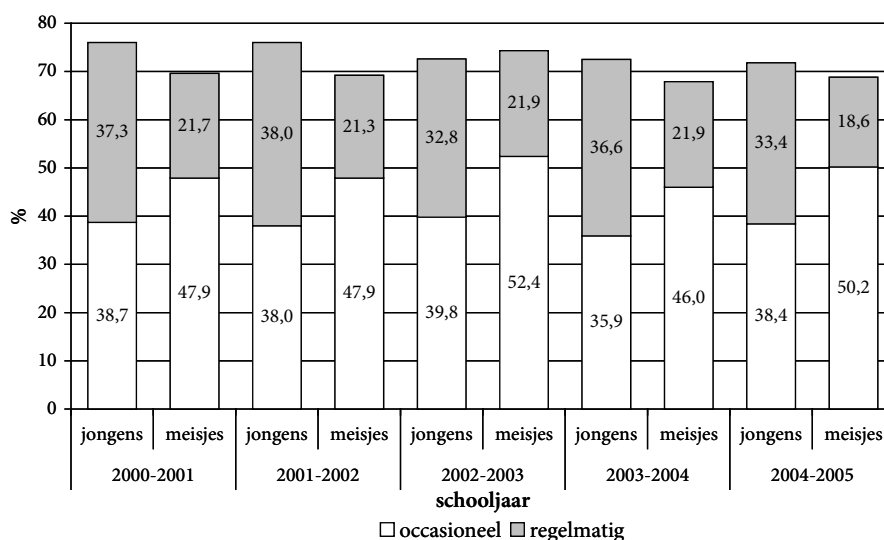
Onder de jongeren zijn vooral bier, wijn en alcopops populair. Van alle alcoholische dranken is bier het meest populair. Bier telt de meeste en ook de meeste regelmatige drinkers: 54,4% dronk het afgelopen jaar bier; 20,9% dronk minstens een keer per week bier. Bijna de helft van de leerlingen dronk het voorbije jaar wijn (47,7%), alcopops (46,0%) of aperitieven (44,2%), maar de meerderheid van hen dronk deze dranken minder dan 1 keer per week.

29. Occasioneel betekent minder dan eenmaal per week, regelmatig betekent minstens eenmaal per week tot dagelijks.

Over de 5 schooljaren heen is het alcoholgebruik niet wezenlijk veranderd, ook niet voor specifieke leeftijdsgroepen, voor jongens en meisjes apart of in de afzonderlijke onderwijsvormen.

Het laatstejaarsgebruik van alcohol bij jongens is over de 5 schooljaren heen gedaald (van 76,0% naar 71,8%); deze daling is echter niet significant. Deze daling weerspiegelt voornamelijk een daling in het regelmatig drinken van alcohol (grafiek 4.9).

Grafiek 4.9 Evolutie in laatstejaarsgebruik van alcohol bij jongens en meisjes naar frequentie



Bron: Kinable, 2005

Hoewel het op het eerste zicht lijkt dat het alcoholgebruik onder de leerlingen van het ASO over de 5 schooljaren heen is gedaald, is deze daling opnieuw niet statistisch significant.

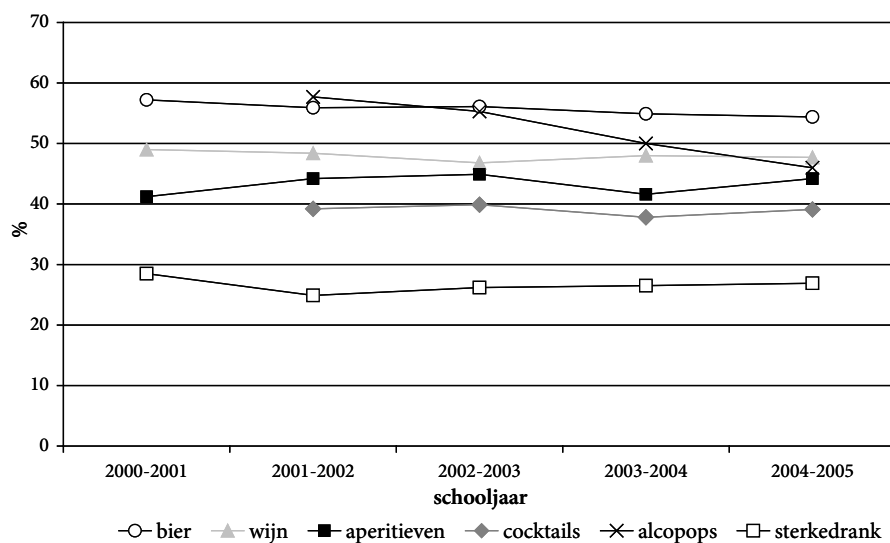
Wanneer we inzoomen op het gebruik van de afzonderlijke alcoholische dranken, valt op dat het ooit-gebruik en vooral ook het laatstejaarsgebruik van alcopops is gedaald sinds 2001³⁰ (grafiek 4.10). De daling doet zich zowel bij jongens als bij meisjes voor, voor alle leeftijden en in het ASO en het TSO. Het ooit-gebruik is enkel onder de jongste leerlingen gedaald; het laatstejaarsgebruik in alle leeftijdsgroepen, wat het vermoeden bevestigt dat de hype van alcopops over zijn hoogtepunt is.

30. Tijdens het schooljaar 2000-2001 werd in de vragenlijst nog geen onderscheid gemaakt tussen alcopops en cocktails. Daarom kunnen we voor alcopops slechts vergelijkende gegevens geven vanaf het schooljaar daarop.

Deze daling van het gebruik van alcopops heeft geen weerslag op het alcoholgebruik in het algemeen omdat jongeren niet exclusief alcopops drinken, maar vaak verschillende alcoholische dranken. Tijdens het schooljaar 2004-2005 dronk slechts 2,1% uitsluitend alcopops en geen enkele andere alcoholische drank. Het gaat dan vooral om de jongste leerlingen (12-14 jaar).

Verder doet zich een daling voor van het ooit-gebruik van bier door jongens. Voor de andere alcoholische dranken kunnen we geen evoluties geven.

Grafiek 4.10 Evolutie in laatstejaarsgebruik naar dranktype



Bron: Kinable, 2005

4.2.2 HBSC-studie

In 2002 werd de HBSC-enquête voor de zesde keer in Vlaanderen afgenomen bij jongeren in het vijfde en zesde leerjaar lager onderwijs en in het secundair onderwijs³¹.

Met de *foodchecklist* gaat de studie na welke voedingsproducten jongeren zoal consumeren. Ze peilt tevens naar de frequentie waarop jongeren alcohol drinken.

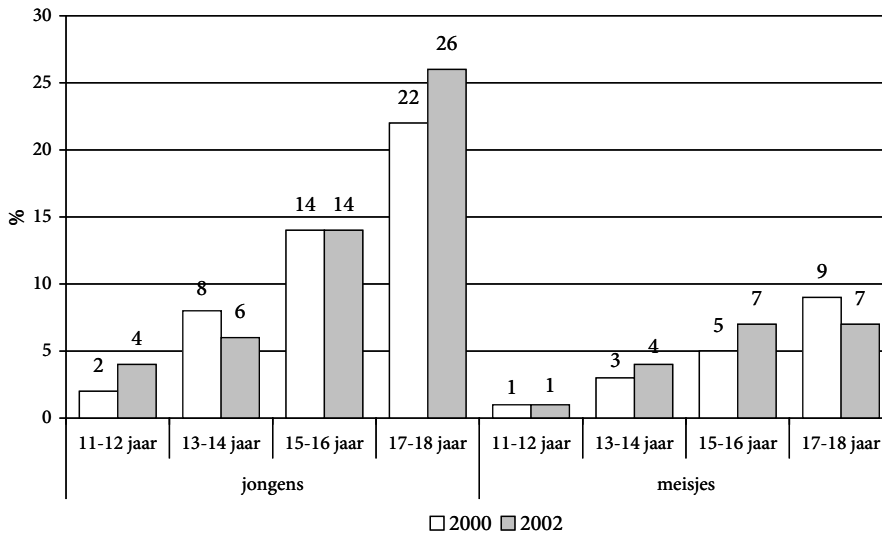
Andere onderwerpen die in het HBSC-onderzoek aan bod komen zijn: de frequentie van het drinken van verschillende dranken (bier, wijn, sterkedrank, cider, cock-

31. De enquête wordt voortaan om de 4 jaar afgenomen. Dit betekent dat de volgende survey in 2006 plaatsvindt.

tails, alcopops), de perceptie van lifetime-dronkenschap, de leeftijd waarop men voor het eerst dronken was en de beginleeftijd van het eerste alcoholgebruik.

Uit de foodchecklistresultaten voor 2002 blijkt dat 13% van de jongens en 5% van de meisjes de voorgaande dag een alcoholische drank dronk (Vereecken & Maes, 2002). Ruim een kwart van de jongens tussen 17 en 18 jaar dronk de voorgaande dag alcohol (grafiek 4.11). Dat is iets meer vergeleken met de resultaten van 2000. Iets meer jongens uit het BSO en het TSO (24%) dan jongens uit het ASO (16%) consumeerden de voorgaande dag alcohol. Bij de meisjes dronken vooral de BSO-leerlingen de afgelopen dag alcohol (10%). In het ASO en het TSO dronk 6% van de meisjes de vorige dag alcohol. De cijfers zijn vergelijkbaar met deze van 2000. In de eerdere studies werd deze vraag nog niet opgenomen.

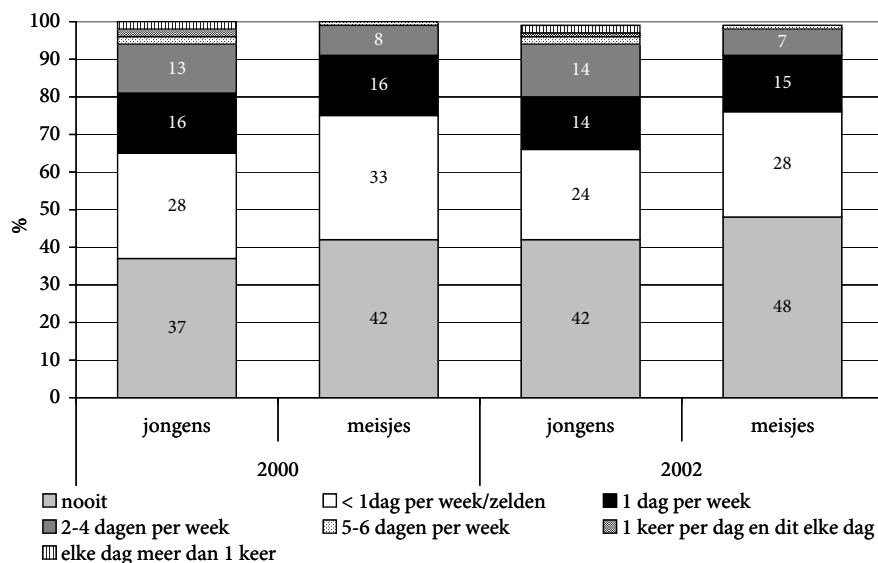
Grafiek 4.11 Jongens en meisjes die de voorgaande dag alcohol dronken naar leeftijd



Bron: Vereecken & Maes, 2002

Wanneer we kijken naar de consumptiefrequentie van alcohol, dan blijkt dat jongens frequenter alcohol drinken dan meisjes (grafiek 4.12). De verschillen tussen beide bevestigingsrondes zijn verwaarloosbaar.

Grafiek 4.12 Consumptiefrequentie van alcohol voor jongens en meisjes

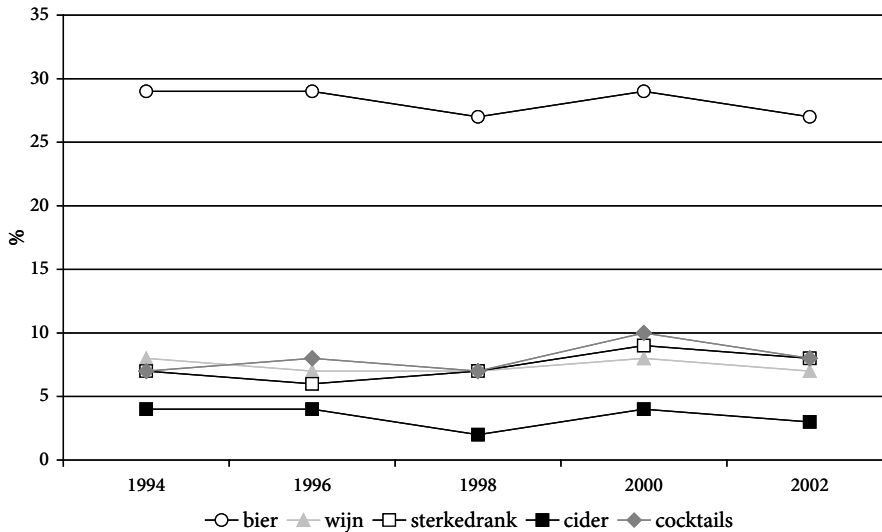


Bron: Vereecken & Maes, 2002

In 2002 drinkt 6% van de 11-12-jarige jongens en 2% van de 11-12-jarige meisjes minstens 1 dag per week alcohol. Bij de 13-14-jarigen stijgen deze percentages tot 16% voor de jongens en 10% voor de meisjes. Op de leeftijd van 17-18 jaar drinkt 71% van de jongens en 50% van de meisjes minstens 1 dag per week alcohol. Vooral jongens gaan op die leeftijd frequenter drinken: 46% drinkt minstens 2-4 dagen per week alcohol waarvan 4% dagelijks meer dan 1 keer alcohol drinkt. Voor 2000 situeerden de percentages zich in dezelfde grootteorde.

Dagelijks alcohol drinken komt vooral voor bij de jongens uit het BSO en het TSO. Ook bij meisjes valt het op dat leerlingen uit het BSO en het TSO frequenter drinken dan hun collega's uit het ASO.

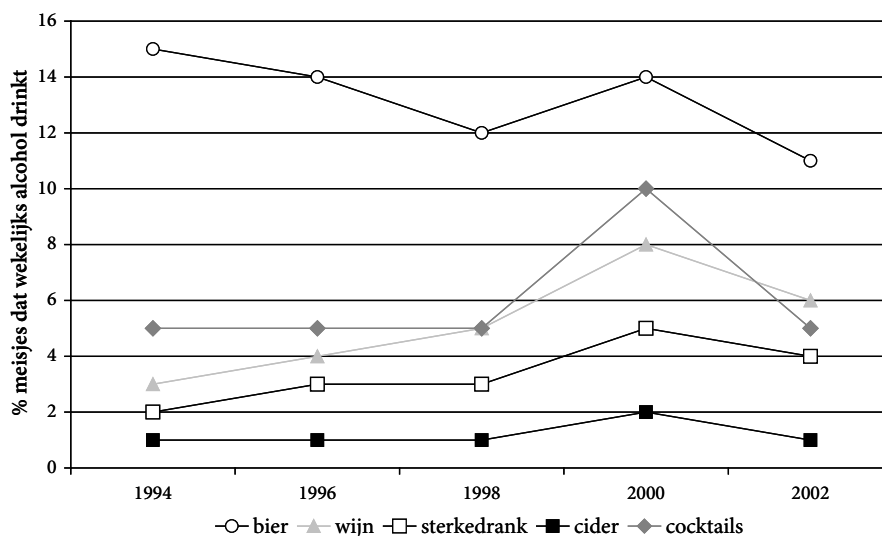
Van de verschillende soorten dranken (bier, wijn, sterkedrank, cider, cocktails, alcopops) is bier het populairst. In 2002 drinkt 27% van de jongens en 11% van de meisjes minstens wekelijks bier (grafiek 4.13 en 4.14). De oudste leerlingen drinken het frequentst alcohol. In 2002 drinkt 63% van de 17-18-jarige jongens minstens wekelijks bier, waarvan 5% dagelijks. Grafieken 4.13 en 4.14 tonen de evolutie in wekelijkse alcoholconsumptie voor verschillende dranken voor jongens en meisjes. Voor de jongens is de wekelijkse consumptie van de verschillende alcoholische dranken redelijk stabiel gebleven over de verschillende jaren.

Grafiek 4.13 Wekelijkse alcoholconsumptie door jongens naar dranktype

Bron: Vereecken & Maes, 2002

Meisjes gingen tussen 1994 en 2002 minder bier drinken maar hun wekelijkse consumptie van wijn en sterkedrank steeg. De consumptie van cider en cocktails belandde terug op hetzelfde niveau als in 1994, hoewel we in 2000 voor deze dranken een piek in de wekelijkse consumptie vaststelden. We moeten hierbij wel opmerken dat in de vragenlijst van 2002 de optie alcopops werd toegevoegd. Het is mogelijk dat jongeren die in 2000 regelmatig alcopops dronken dit toen aanduidden als cocktails. In 2002 konden ze de aparte optie alcopops aankruisen. Dit zou de opvallende daling in de consumptie van cocktails kunnen verklaren.

Grafiek 4.14 Wekelijkse alcoholconsumptie door meisjes naar dranktype

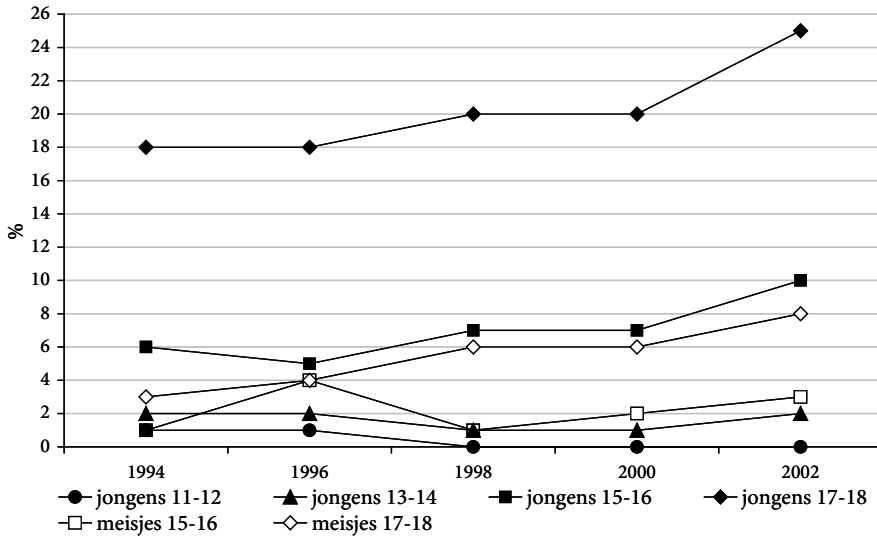


Bron: Vereecken & Maes, 2002

In 2002 drinkt in het BSO 7% van de jongens dagelijks bier. Alcopops zijn bij deze groep de tweede meest geliefde alcoholische drankjes. Meisjes en jongens lijken deze drankjes in dezelfde mate te appreciëren. Vooral de 13-14-jarige meisjes verkiezen alcopops boven bier.

De HBSC-studie polst naar het aantal keer dat jongeren ooit al dronken zijn geweest (zelf ingeschatte dronkenschap). Grafiek 4.15 schetst de evolutie van het aandeel jongeren dat ooit al meer dan 10 keer dronken was naar sekse en leeftijd. Voor de meisjes hebben we de leeftijdsgroepen 11-12 jaar en 13-14 jaar niet weergegeven omdat dit drinkpatroon zich voor hen niet voordoet. Jongens zijn vaker dronken dan meisjes. Behalve voor de jongste jongens blijkt het ooit meer dan 10 keer dronken zijn de laatste jaren toe te nemen. De stijging is het grootst bij de 17-18-jarige jongens. Ook bij de meisjes is de stijgende tendens merkbaar.

Grafiek 4.15 Evolutie van het ooit meer dan 10 keer dronken zijn naar leeftijd en sekse



Bron: Vereecken & Maes, 2002

Settertobulte en Gaspar de Matos (2004) onderzochten op de internationale data van de HBSC-studie de impact van het ontmoeten van vrienden op meer dan 2 keer per week alcohol drinken en ooit 2 of meer keer dronken zijn bij de 13-jarigen. Daaruit blijkt dat de frequentie waarop men vrienden ontmoet de alcoholconsumptie beïnvloedt. De frequentie van het 's avonds samenkomen met vrienden is sterk gecorreleerd met het risico op regelmatige alcoholconsumptie. Bij de 13-jarige jongens neemt de kans op meer dan 2 keer per week alcohol drinken met 2,6 keer toe wanneer men 3 of meer keer per week 's avonds vrienden ontmoet. Voor meisjes is het relatieve risico 3,9. De frequentie van het contact met vrienden hangt ook samen met dronkenschap. 13-jarige jongens hebben 3,4 keer meer kans om ooit al 2 keer dronken geweest te zijn wanneer ze 3 of meer keer per week 's avonds vrienden ontmoeten. Voor meisjes is het relatieve risico in dit geval 4,0.

4.2.3 Beginleeftijd van alcoholgebruik

De HBSC-studie polst naar de leeftijd waarop de jongere voor het eerst alcohol drinkt en voor het eerst dronken was (Vereecken & Maes, 2002). De ESPAD-studie gaat na hoeveel jongeren van 15-16 jaar voor het eerst alcohol dronken of dronken zijn en hanteert daarbij de leeftijd van 13 jaar als scharnierleeftijd (Hibell e.a., 2004). Voor 2004 verzamelde Lombaert (2005) gegevens over de beginleeftijd

tijd van drinken en dronkenschap bij middelbare scholieren uit de regio Zeeland, West- en Oost-Vlaanderen (ook wel regio Scheldemond genoemd).

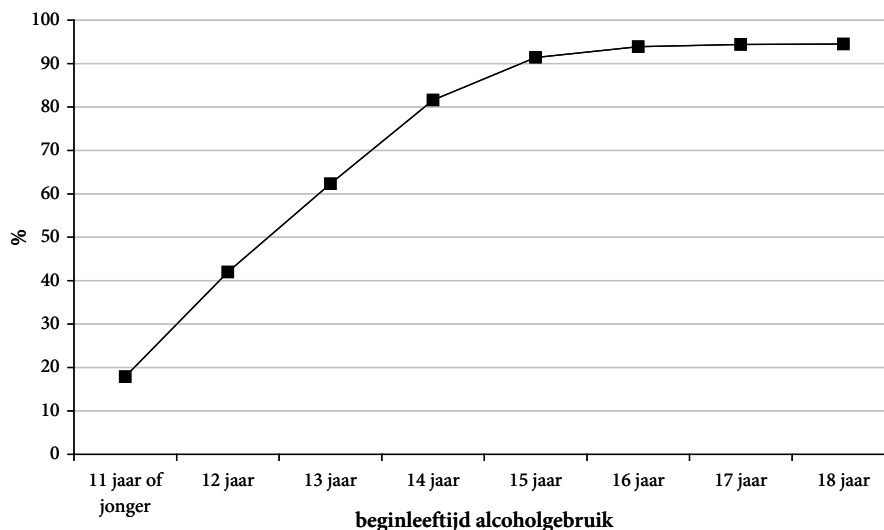
De beginleeftijd waarop jongeren voor het eerst alcohol drinken is hoger bij de oudste leerlingen dan bij de jongsten (Vereecken & Maes, 2002). De 11-12-jarige jongens dronken voor het eerst alcohol op 9 jaar, de meisjes op 9,5 jaar. De 17-18-jarige jongens dronken voor het eerst alcohol op 12,7 jaar, de meisjes van die leeftijd op 13,5 jaar.

Van de jongens die al eens dronken waren, gebeurde dat voor de 11-12-jarige jongens voor het eerst op de leeftijd van 9,5 jaar en voor de meisjes van deze leeftijd op 9,7 jaar (Vereecken & Maes, 2002). 17-18-jarige jongens die ooit al eens dronken waren, waren dit voor het eerst op de leeftijd van 14,6 jaar. Voor de meisjes tussen 17 en 18 jaar ligt de beginleeftijd van dronkenschap op 15 jaar. Deze data gelden voor het jaar 2002.

In 2004 onderzocht de ESPAD-studie de beginleeftijd van drinken en dronkenschap, zij het enkel bij jongeren van 15-16 jaar. De helft van de Belgische jongeren tussen 15 en 16 jaar dronk voor het eerst een glas bier of wijn op de leeftijd van 13 jaar of jonger (Hibell e.a., 2004). Het is minder gebruikelijk dat jongeren al voor hun dertiende sterkedrank drinken. 33% van de jongeren (37% van de jongens en 29% van de meisjes) dronk wel al een glas sterkedrank voor hij of zij 13 jaar oud was. Jongens starten vroeger met het drinken van alcohol dan meisjes. 15% van alle jongeren (11% van de meisjes en 20% van de jongens) was al minstens een keertje dronken geweest op de leeftijd van 13 of jonger.

In het onderzoek van De Sleutel dat bij middelbare scholieren uit de tweede en derde graad in de regio Zeeland, West- en Oost-Vlaanderen op zoek ging naar risico- en protectieve factoren in verband met middelengebruik, komt de beginleeftijd waarop jongeren alcohol drinken en voor het eerst dronken zijn ook aan bod (Lombaert, 2005). 62,3% van de jongeren dronk voor het eerst alcohol toen ze 13 jaar of jonger waren. Op de leeftijd van 11 jaar heeft 17,9% al alcohol gedronken (grafiek 4.16). Een kwart (24,1%) dronk voor het eerst alcohol op 12 jaar. Op 13 en 14 jaar starten telkens ongeveer 20% van de jongeren met alcoholgebruik. In de tweede graad geeft 69,6% van de jongeren aan 13 jaar of jonger te zijn bij het eerste alcoholgebruik. In de derde graad gaat het om 53,5%. Hiermee is echter niet bewezen dat de beginleeftijd van alcoholgebruik daalt want het is evengoed mogelijk dat de iets oudere leerlingen niet meer zo goed weten vanaf wanneer ze voor het eerst alcohol dronken of hun eerste drinkervaring relativeren.

Grafiek 4.16 Beginleeftijd van alcoholgebruik bij de middelbare scholieren in de Euregio Scheldemond (2004)



Bron: Lombaert, 2005

De eerste dronkenschap komt vooral voor vanaf de leeftijd van 14-15 jaar (Lombaert, 2005). 13,4% van de onderzoekspopulatie in de Euregio Scheldemond was al op 13 jaar of jonger dronken.

Uit een vergelijking van de beginleeftijd waarop jongeren starten met het gebruik van verschillende middelen (sigaretten, alcohol, cannabis, slaap- en kalmeringsmiddelen) leidt Lombaert (2005) af dat het eerste alcoholgebruik zich duidelijk voor het eerste cannabisgebruik situeert en eveneens komt voordat men voor het eerst slaap- en kalmeringsmiddelen gebruikt. Met het gebruik van sigaretten en alcohol wordt ongeveer rond dezelfde leeftijd gestart.

In de VAD-leerlingenbevraging wordt aan de leerlingen niet gevraagd op welke leeftijd ze voor het eerst alcohol dronken. Wel kunnen we uit de cijfers voor het schooljaar 2004-2005 afleiden dat 62,7% van de 12-jarigen ooit alcohol dronk (Kinable, 2005). Van de 13-jarige leerlingen heeft al driekwart (74,8%) ooit alcohol gedronken en bij de 14-jarigen is het ooit alcoholgebruik toegenomen tot 85,1% van de leerlingen.

Trends in alcoholconsumptie van jongeren in het secundair onderwijs

- ▶ Alcohol is het meest gebruikte psychoactieve middel onder jongeren in het secundair onderwijs.
- ▶ 84,5% van de leerlingen in het secundair onderwijs dronk ooit alcohol, 70,5% dronk het afgelopen jaar alcohol.
- ▶ Het gebruik van alcohol bleef sinds 2000 stabiel.
- ▶ Jongens drinken regelmatig alcohol dan meisjes.
- ▶ Jongens worden regelmatig dronken in vergelijking met meisjes.
- ▶ TSO- en BSO-leerlingen drinken vaker alcohol dan ASO-leerlingen.
- ▶ Alcoholconsumptie neemt toe met de leeftijd en oudere leerlingen drinken frequenter.
- ▶ Hoewel de wetgeving verbiedt om aan jongeren onder de 16 jaar alcohol te schenken zien we een hoge wekelijkse alcoholconsumptie bij jongeren van 13-14 jaar: 1 op de 6 jongens en 1 op de 10 meisjes drinkt wekelijks alcohol.
- ▶ Jongeren drinken het liefst bier.
- ▶ De consumptie van alcopops daalde de laatste paar jaar.
- ▶ De frequentie van drinken en van dronkenschap hangt samen met de frequentie waarop men vrienden ontmoet.
- ▶ De literatuur stelt dat jongeren steeds jonger alcohol beginnen te drinken. Uit de Vlaamse cijfers blijkt dat hoe jonger de leerlingen zijn, hoe jonger de startleeftijd die ze opgeven waarop ze voor het eerst alcohol dronken. We kunnen hieruit zeker niet concluderen dat jongeren steeds jonger beginnen met alcoholgebruik. 13 jaar blijkt de scharnierleeftijd te zijn. De helft tot driekwart van de leerlingen in de middelbare school heeft dan al alcohol gedronken en vanaf die leeftijd neemt het aantal starters sterk toe.
- ▶ Dronkenschap komt vooral voor vanaf de leeftijd van 14-15 jaar. Toch is ongeveer 1 op de 7 jongeren al voor zijn dertiende dronken geweest.

4.3 Bijzondere aandacht voor studenten in het hoger onderwijs

In de literatuur wordt bijzondere aandacht besteed aan het drinkgedrag van studenten. Dezelfde determinanten die van invloed zijn op het alcoholgebruik van volwassenen determineren ook het alcoholgebruik van studenten, met dat verschil dat de studentenwereld een versterkende invloed lijkt te hebben op deze determinanten (Pos & Hekkink, 2004). Determinanten die specifiek samenhangen met de studententijd zijn lid zijn van een studentenvereniging, sporten en drankspelletjes. Studenten die lid zijn van een studentenvereniging drinken meer en vaker dan studenten die geen lid zijn. Hoewel men het tegengestelde zou kunnen verwachten, wordt sporten geassocieerd met meer drinken, binge-drinken en meer risicogedrag gelieerd aan het drinken, en dit geldt overigens niet enkel in het studentenmilieu. Deelnemen aan drankspelletjes verhoogt het alcoholgebruik en leidt tot meer alcoholgerelateerde problemen.

Verder blijkt uit ander onderzoek dat studenten die positieve uitkomstverwachtingen hebben van alcoholgebruik meer drinken dan studenten die dit niet hebben (Pos & Hekkink, 2004).

Pos en Hekkink (2004) beschrijven in hun literatuuronderzoek van voornamelijk Amerikaans onderzoek 5 determinanten die het drinken van mannen in studentenverenigingen exclusief voor mannen (de zogenaamde '*fraternity houses*') verklaren. Als eerste blijkt dat studenten die ook al veel dronken in de middelbare school dit ook zullen verderzetten aan de universiteit. Dit leidt vanzelf tot de tweede determinant, het zelfselectieproces: gevestigde drinkers zullen een studentenvereniging zoeken waar ook veel wordt gedronken. Ten derde speelt het socialisatieproces. Door alcohol te drinken verloopt het ontmoeten van nieuwe mensen makkelijker, er is directe en indirecte druk van de vrienden, er worden drankspelletjes gespeeld bijvoorbeeld tijdens de ontgroeningsfase, ... Ten vierde is het zo dat de hoeveelheid alcohol die er door vrienden wordt gedronken vaak overschat wordt en dat men de attitude van vrienden tegenover alcohol positiever inschat dan ze in werkelijkheid is. Dat maakt dat men zich uiteindelijk zelf gaat gedragen naar die (denkbeeldige) norm. De setting van de studentenvereniging ten slotte maakt zwaar drinken gemakkelijk. Er zijn geen volwassenen aanwezig die toezien op het alcoholgebruik, er wordt vaak gefeest, er is een grote tolerantie tegenover dronken zijn en men helpt elkaar als er negatieve gevolgen van alcoholgebruik worden ondervonden.

Over het drinkgedrag van studenten zijn in Vlaanderen op dit ogenblik weinig of geen data beschikbaar. De internetenquête die via de StudentStart-website door studenten werd ingevuld, geeft zeer summiere informatie over drinken door studenten. Lambrecht e.a. (1996, 2002a, 2002b) onderzochten de alcoholconsumptie

bij een steekproef van studenten in het hoger onderwijs in het Brusselse Gewest en in Vlaams Brabant.

Via de website StudentStart vulden in 2002 1.500 studenten de drugsenquête in (Studentstart, 2002). Het gaat om 66% jongens en 34% meisjes. 93,2% van deze studenten drinkt alcohol. 18,5% doet dat dagelijks (24,8% van de jongens en 6,1% van de meisjes).

In het Brusselse Gewest werd in 1994 en in 1998 een onderzoek herhaald over genotmiddelengebruik waarbij zowel studenten uit het secundair onderwijs als uit het hoger onderwijs bevestigd werden (Lambrecht e.a., 1996; Lambrecht e.a., 2002a). Omdat we niet over Vlaamse of Belgische data beschikken die het alcoholgebruik van studenten in het hoger onderwijs beschrijven, vergelijken we hieronder de gegevens van de studenten uit het hoger onderwijs in de regio Brussel. In 2001 vond een derde vervolgonderzoek plaats maar de focus werd nu gericht op de provincie Vlaams-Brabant waardoor de data niet volledig vergelijkbaar zijn (Lambrecht e.a., 2002b). De beschreven resultaten hebben uitsluitend betrekking op de studenten uit het hoger onderwijs.

Uit de bevraging van 1994 blijkt dat 95,9% van de studenten ooit alcohol dronk (97,2% jongens en 94,9% meisjes). Voor de Vlaams-Brabantse studenten ligt het ooit-gebruik van alcohol in 2001 hoger: 97,4% van deze studenten dronk ooit alcohol (98,0% jongens en 97,2% meisjes).

De meeste studenten dronken ook het laatste jaar alcohol: 93,6% in 1994, 93,6% in 1998 en 95,4% in 2001. Ook hier merken we een stijgende tendens.

Alcohol drinken met een wekelijkse frequentie lijkt tussen 1994 en 1998 af te nemen. In 1994 drinkt 50,5% van de studenten minstens wekelijks alcohol (55,7% mannen en 46,7% vrouwen). In 1998 drinkt 44,9% van de studenten minstens wekelijks alcohol. Het ging toen om 57,4% mannen en 35,4% vrouwen. In 2001 peilde dit onderzoek naar de incidentie van alcoholgebruik tijdens de voorbije 6 maanden. 53,3% van de studenten dronk de laatste 6 maanden minstens wekelijks alcohol: 74,9% mannen en 42,0% vrouwen.

8 op de 10 studenten (82,4% in 1994, 79,8% in 1998 en 79,2% in 2001) dronken het laatste jaar bier. Iets meer studenten (83,7% in 1994, 84,4% in 1998 en 86,3% in 2001) dronken het laatste jaar wijn. De laatstejaarsconsumptie van sterkedrank bedroeg in 1994 67,8%, in 1998 66,3% en in 2001 70,9%. Tussen 1994 en 2001 zien we voor bier een lichte daling in de consumptie. De consumptie van wijn en sterkedrank vertoonde veeleer een stijgende tendens in deze periode. De populariteit van aperitieven lijkt af te nemen hoewel de vraagstelling niet helemaal te vergelijken is. In 1994 werden ook longdrinks tot deze categorie gerekend. Respectievelijk

81,9%, 81,4% en 78,8% (in resp. 1994, 1998 en 2001) van de studenten in het hoger onderwijs dronk het afgelopen jaar aperitieven (en longdrinks).

In 1994 dronk 44,7% van de studenten wekelijks bier. In 1998 drinkt 38,7% van de studenten wekelijks bier. In 2001 dronk 43,8% van de studenten over de laatste 6 maand bekeken (minstens) wekelijks bier. Het percentage studenten dat wekelijks wijn drinkt is tussen 1994 en 1998 iets gestegen: respectievelijk 19,1% en 21,2%. In 2001 is er een kwart studenten (24,7%) dat gedurende de laatste 6 maanden wekelijks wijn dronk.

De wekelijkse consumptie van sterkedrank door studenten nam af van 9,1% in 1994 naar 8,6% in 1998. In 2001 dronk 8,4% van de studenten sterkedrank bekeken over de laatste 6 maanden.

In 2001 zijn er nog weinig studenten die wekelijks aperitieven drinken: 3,9% zei de laatste 6 maanden wekelijks aperitieven te drinken. In 1998 zien we het grootste percentage wekelijkse aperitiefdrinkers namelijk 12,0%. In 1994 dronk 9,0% wekelijks aperitieven (en longdrinks). In 2001 werd naast de consumptie van aperitieven de consumptie van cocktails apart bevraagd: 6,3% van de studenten in het hoger onderwijs dronk de laatste 6 maanden wekelijks cocktails.

In 1994 was 54,2% van de studenten het afgelopen jaar dronken. Bij 3,9% was dat wekelijks het geval. In het onderzoek van 1998 worden hogere percentages voor dronkenschap opgetekend: 61,1% van de studenten was toen het afgelopen jaar dronken en bij 5,2% was dat wekelijks het geval. In 2001 is 60,9% van de studenten uit het hoger onderwijs het afgelopen jaar dronken, waarvan 5,8% wekelijks.

Trends in alcoholconsumptie van jongeren in het hoger onderwijs

- ▶ Er zijn geen cijfers beschikbaar die de alcoholconsumptie van studenten voor heel Vlaanderen beschrijven.
- ▶ Vergelijken met dat van leerlingen in het secundair onderwijs is het alcoholgebruik van studenten uit het hoger onderwijs hoger: 9 op de 10 studenten uit het hoger onderwijs in de Brusselse regio dronken het laatste jaar alcohol. Het laatstejaarsgebruik van alcohol nam tussen 1994 en 2001 toe.
- ▶ In 2001 drinkt 53,3% van de studenten op een wekelijkse basis alcohol. In 1994 ging het om 50,5% en in 1998 om 45%.
- ▶ Wijn is bij studenten de populairste drank als gekeken wordt naar de laatstejaarsprevalentie. Bier volgt op de tweede plaats.
- ▶ Tussen 1994 en 2001 daalt de bierconsumptie en stijgt de consumptie van wijn en sterkedrank.
- ▶ Bier wordt het meest frequent gedronken.
- ▶ Het percentage studenten dat wekelijks bier drinkt, bleef tussen 1994 en 2001 stabiel. Het percentage studenten dat wekelijks wijn drinkt, nam toe.
- ▶ De prevalentie van dronkenschap en vooral het wekelijks dronken zijn is bij studenten tussen 1994 en 2001 gestegen: in 2001 waren 6 op de 10 jongeren het afgelopen jaar dronken, waarvan 6% wekelijks; in 1994 was de helft van de studenten het afgelopen jaar dronken waarvan 4% wekelijks.

4.4 Vrouwen drinken minder en minder vaak dan mannen

De verschillen tussen vrouwen en mannen op het vlak van drinken zijn al vanuit verschillende disciplines bestudeerd (biologisch, psychologisch, geschiedkundig, sociologisch,...) (Holmila & Raitasalo, 2005). Alcohol heeft om te beginnen vanuit biologisch oogpunt een verschillend effect op vrouwen en mannen. Doordat het vrouwelijk lichaam een groter percentage vet en een kleiner percentage water bevat in vergelijking met mannen, zal dezelfde hoeveelheid alcohol tot een hoger alcoholgehalte in het bloed leiden bij vrouwen, zelfs bij eenzelfde lichaamsgewicht en wanneer de alcohol binnen eenzelfde tijdsspanne wordt gedronken. Ook de schadelijke effecten van alcohol verschillen voor vrouwen en mannen. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen meer risico lopen op alcoholgerelateerde leveraandoeningen dan mannen (Schrooten, 2004). Vrouwen zouden in een kortere periode en met kleinere hoeveelheden reeds leveraandoeningen ontwikkelen. Verschillende studies wijzen tevens op een verhoogde kans op borstkanker bij vrouwen, zelfs bij matige alcoholconsumptie. Hieromtrent bestaat echter geen algemene consensus. Alcoholconsumptie tijdens de zwangerschap kan schade veroorzaken aan het ongeboren kind (IAS, 2005b). Het duidelijkst voorbeeld is het Foetaal Alcohol Syndroom (FAS).

Vrouwen zijn ook meer slachtoffer van het drinken van anderen (IAS, 2005b). We denken dan aan geweldmisdrijven, huiselijk geweld, seksuele aanranding en verkrachting. In veel gevallen zijn ook de slachtoffers van geweldmisdrijven onder invloed van alcohol ten tijde van het misdrijf.

De redenen waarom vrouwen en mannen drinken zijn verschillend, zo vonden psychologische studies (Holmila & Raitasalo, 2005). Voor vrouwen is drinken vooral functioneel (bijvoorbeeld het helpt om problemen thuis of op het werk op te lossen, ze kunnen beter hun gevoelens uitdrukken) terwijl mannen veeleer hedonistische motieven aangeven om te drinken (bijvoorbeeld ze worden grappiger en leggen gemakkelijker contact met de andere sekse). Ook de attitude van vrouwen en mannen tegenover alcohol verschilt. Vrouwen zien eerder de gevaren in die alcohol met zich mee kan brengen terwijl mannen aan alcoholgebruik een zeker prestige toeschrijven. Tot slot verloopt het controlemechanisme op drinken bij vrouwen geïnternaliseerd en bij mannen geëxternaliseerd. Als de externe controle wegvalt, zullen mannen dus meer geneigd zijn om door te drinken.

Er zijn heel wat redenen om te geloven dat drinkpatronen van vrouwen en mannen in de toekomst meer op elkaar zullen gaan lijken (Holmila & Raitasalo, 2005). Bijgevolg zal ook de kloof tussen de seksen wat betreft alcoholgerelateerde problemen verkleinen (IAS, 2005b). Vrouwen zijn buitenshuis gaan werken en hebben zo mannelijke waarden en gedragspatronen overgenomen (Holmila & Raitasalo, 2005). De werkplaats heeft een belangrijke invloed op drinkpatronen en sowieso drinken werkenden over het algemeen meer dan niet-werkenden (IAS, 2005b). Alcoholgebruik op het werk wordt vooral bepaald door het alcoholklimaat dat

zich uit in beschikbaarheid van alcohol, de sociale drinknormen en de sociale controle inzake alcoholgebruik op het werk (Lambrechts, 2001).

Door het hoger beschikbaar inkomen is ook de individuele vrijheid van vrouwen als consument toegenomen (Holmila & Raitasalo, 2005; IAS, 2005b). De laatste jaren zijn er nieuwe dranken op de markt verschenen die vrouwen in het bijzonder aanspreken zoals alcopops, *designer drinks* (bijvoorbeeld Dooleys® vodka toffee, Hoopers Hooch®) of alcoholische dranken met een laag caloriegehalte (IAS, 2005b). Alcoholreclame richt zich nu ook specifiek op vrouwen met de boodschap dat alcohol modieus en glamourous is en wordt gedronken door onafhankelijke vrouwen (IAS, 2005b).

Verskillende mechanismen kunnen het verband tussen algemene veranderingen in het leven van vrouwen en een toename in het drinken verklaren (Holmila & Raitasalo, 2005). Ten eerste kan de stress die gepaard gaat met de nieuwe dubbele rol van vrouwen bijvoorbeeld aanleiding geven tot een stijging in het alcoholgebruik van vrouwen. Een tweede mechanisme heeft te maken met de mate waarin de maatschappelijke drinkcultuur het samen drinken van mannen en vrouwen stimuleert. Ten derde kunnen vrouwen het nodig vinden om de levensstijl te kopiëren van personen met een hogere status (onder andere mannen). Ten vierde kunnen de meningen tegenover alcohol veranderen waardoor een maatschappij meer of minder tolerant kan worden tegenover vrouwen die alcohol drinken.

De cijfers besproken in de vorige hoofdstukken maakten al duidelijk dat de drinkpatronen van vrouwen en mannen verschillen. Er zijn minder vrouwen die drinken en vrouwen drinken tevens minder frequent alcohol. Zware drinkers zien we vooral bij mannen en ook dronkenschap komt vaker voor bij mannen. Problemen met alcoholgebruik zien we eveneens meer opduiken bij mannen dan vrouwen.

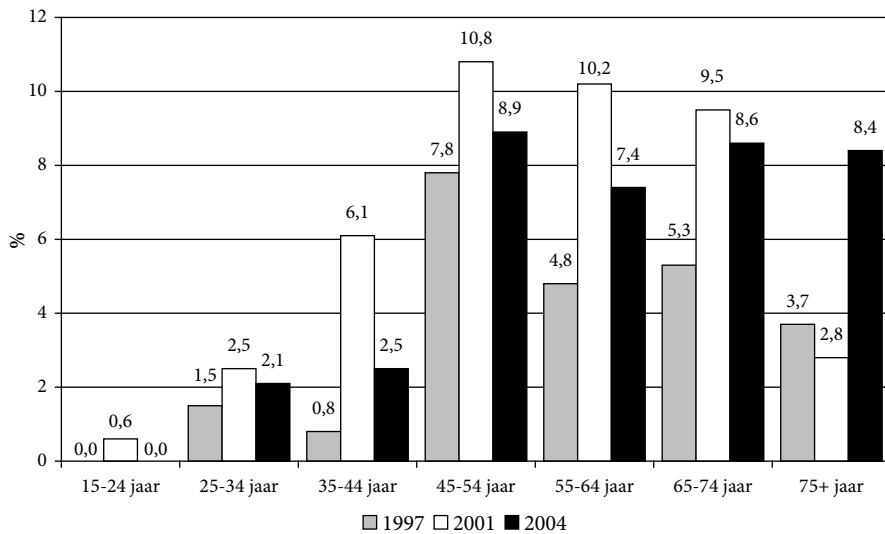
Voor het Vlaamse gewest kunnen we de data uit de gezondheidsenquêtes van 1997, 2001 en 2004 naast elkaar leggen om trends in de drinkpatronen van vrouwen te zoeken.

Het percentage vrouwen dat niet drinkt is tussen 1997 en 2004 afgenomen: in 1997 bleek dat 20,2% van de vrouwen niet drinkt, in 2004 zien we 17,5% vrouwelijke geheelonthouders (Bayingana e.a., 2006). De laatstejaarsconsumptie van alcohol door vrouwen nam tussen 1997 en 2004 licht toe. In 2004 dronk 82,5% van de vrouwen het laatste jaar alcohol, in 1997 ging het nog om 79,8% vrouwen. Daarmee verkleint de kloof tussen mannen en vrouwen.

Hoewel mannen meer dagelijks drinken dan vrouwen, is het dagelijks alcohol drinken bij vrouwen dan weer wel gestegen van 3,1% in 1997 naar 5,2% in 2004 (Bayingana e.a., 2006). Tegenover 2001 betekende dat wel een daling want toen dronk 6,1% van de vrouwen dagelijks.

Dagelijks drinken neemt bij vrouwen toe tot 45 jaar en daalt op latere leeftijd (grafiek 4.17). In 2004 is het dagelijks drinken bij vrouwen van boven de 75 jaar toegenomen in vergelijking met de voorgaande jaren. In de overige leeftijdscategorieën zien we veeleer een afname in het dagelijks drinken.

Grafiek 4.17 Dagelijks alcoholgebruik door vrouwen naar leeftijd in het Vlaamse Gewest



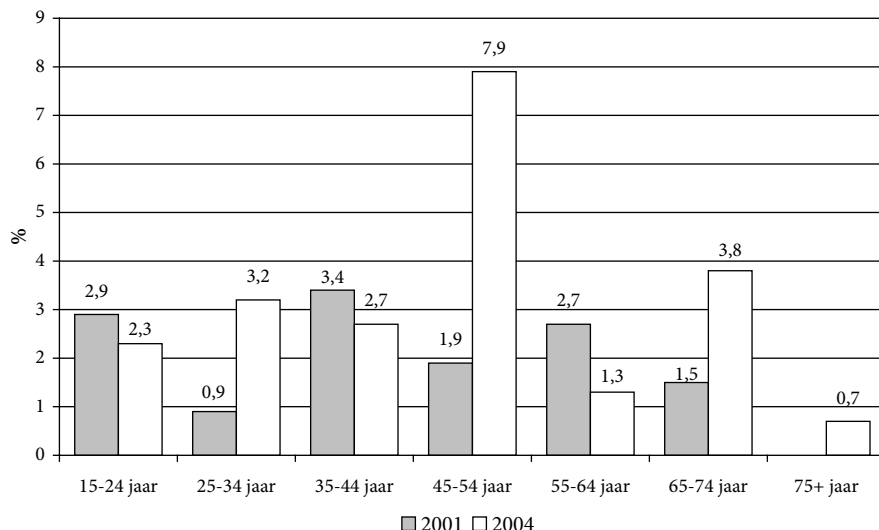
Bron: Bayingana e.a., 2006

Overconsumptie van alcohol, dat in de gezondheidsenquête wordt gedefinieerd als minstens eenmaal per maand meer dan 6 glazen alcohol op een dag drinken, komt eveneens meer voor bij mannen dan vrouwen (Bayingana e.a., 2006). Toch vertoont de overconsumptie van alcohol bij vrouwen een stijgende tendens waardoor de kloof tussen vrouwen en mannen ook op dit vlak afneemt. In 1997 dronk 5,2% van de vrouwen minstens eenmaal per maand meer dan 6 glazen alcohol op een dag, in 2001 werd dit vastgesteld bij 7,0% vrouwen en in 2004 bij 7,8% van de vrouwen.

In de gezondheidsenquête werd pas sinds 2001 gepolst naar het voorkomen van problematisch alcoholgebruik op basis van de CAGE³²-vragen (Bayingana e.a., 2006). In 2004 zijn er iets meer vrouwen (3,5%) met alcoholproblemen vergeleken met 2001 (2,2%). Vooral in de leeftijdsgroepen 25-34 jaar, 45-54 jaar en 65-74 jaar is bij vrouwen het problematisch gebruik toegenomen (grafiek 4.18).

32. De CAGE-vragen werden als volgt geformuleerd: (1) Heeft u ooit de nood gevoeld om minder te drinken? ('Cut') (2) Heeft u het ooit moeilijk met de kritiek op uw drinken? ('Annoyed') (3) Heeft u zich ooit schuldig gevoeld omwille van uw drinkgedrag? ('Guilty') (4) Heeft u ooit alcohol gedronken om 's morgens echt wakker te worden? ('Eye-opener'). Wanneer 2 vragen positief worden beantwoord, bevestigt dit het vermoeden dat er een alcoholprobleem bestaat. Deze vragenlijst werd voor het eerst gebruikt in de enquête van 2001.

Grafiek 4.18 Problematisch alcoholgebruik volgens het CAGE-instrument bij vrouwen naar leeftijd in het Vlaamse Gewest



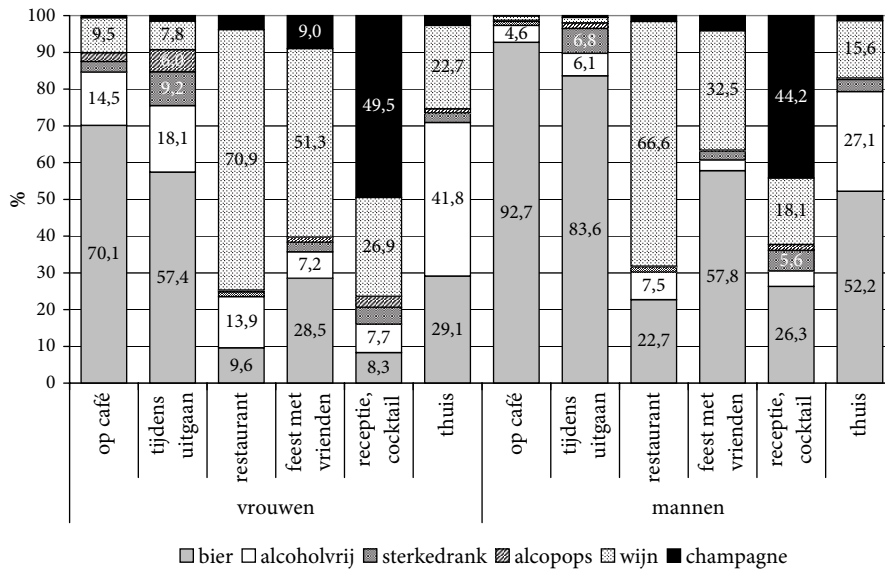
Bron: Bayingana e.a., 2006

De resultaten van de bierbarometer laten een verschillende drankvoorkeur zien voor mannen en vrouwen naargelang de gelegenheid waarop wordt gedronken (grafiek 4.19) (Beer & Society Information Center, 2005). Op café en bij het uitgaan geven zowel vrouwen als mannen de voorkeur aan bier. Op de tweede plaats zullen vrouwen in deze gelegenheden voor een alcoholvrije drank kiezen terwijl dit voor mannen veel minder het geval is. Er zijn ook meer vrouwen dan mannen die op café of tijdens het uitgaan wijn, sterkedrank of alcopops drinken. Op restaurant en bij feesten met vrienden en familie drinken vrouwen bij voorkeur wijn, terwijl mannen ook dan voor bier gaan. Ten slotte is de favoriete drank van vrouwen thuis een alcoholvrije drank en niet bier zoals bij mannen het geval is.

Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat zwaar drinken meer voorkomt bij vrouwen met een hogere opleiding, die niet gehuwd zijn, die gescheiden zijn, die geen kinderen hebben en die werken in een 'mannelijk' beroep (IAS, 2005b). In het Verenigd Koninkrijk stelt men een hogere gemiddelde alcoholconsumptie vast bij jonge vrouwen tussen 16 en 24 en oudere leeftijdsgroepen, alleenstaande ouders met kinderen, volwassen vrouwen die samenleven met een ouder, alleenstaanden, gescheiden vrouwen, studenten, vrouwen die in steden wonen.

Wat Vlaanderen/België betreft, kunnen we hier bij gebrek aan onderzoek geen uitspaken over doen.

Grafiek 4.19 Drankvoorkeur per gelegenheid naar sekse



Bron: Beer & Society Information Center, 2005

Trends in alcoholconsumptie van vrouwen

- ▶ Minder vrouwen dan mannen drinken alcohol en vrouwen drinken minder frequent.
- ▶ In Vlaanderen is het dagelijks drinken door vrouwen toegenomen tussen 1997 en 2004.
- ▶ Overconsumptie van alcohol vertoont bij vrouwen de laatste jaren een stijgende tendens.
- ▶ Problematisch alcoholgebruik is bij vrouwen tussen 2001 en 2004 toegenomen en vooral in de leeftijdsgroepen 25-34 jaar, 45-54 jaar en 64-74 jaar.
- ▶ Naargelang de gelegenheid verschilt de drankvoorkeur van vrouwen en mannen: er zijn meer vrouwen dan mannen die op café of tijdens het uitgaan wijn, sterkedrank of alcopops drinken. Op restaurant en bij feesten met vrienden en familie drinken vrouwen bij voorkeur wijn.

4.5 Drinken tijdens het uitgaan

Cijfers over middelengebruik op fuiven of bij uitgaanders vinden we in de onderzoeken van Huybregts en Vettenburg (2002) en Van Havere e.a. (2004).

Huybregts en Vettenburg (2002) onderzochten de mogelijkheden van een fuivenbeleid en namen daarvoor een enquête af bij schoolgaande jongeren tussen 13 en 25 jaar. Daarin werd onder meer gepolst naar het alcoholgebruik op fuiven. 3 jongeren op de 10 drinken altijd alcohol op een fuif. Een kwart (25,4%) doet het vaak en 20,6% af en toe. Bijna een kwart zegt zelden of nooit alcohol te drinken op een fuif. Ongeveer de helft drinkt gemiddeld 1 tot 5 glazen alcohol op een fuif (tabel 4.1). Een kwart drinkt gemiddeld 6 tot 10 glazen alcohol.

Tabel 4.1 Gemiddeld alcoholverbruik op fuiven

aantal glazen	N	%
0	463	13,9
1-5	1.658	49,7
6-10	872	26,2
11-15	228	6,8
16-20	81	2,4
21-25	22	0,7
meer dan 25	9	0,3
totaal	3.333	100,0

Bron: Huybregts en Vettenburg, 2002

Uitgaan is een belangrijk onderdeel van het sociale leven van jonge mensen (Van Havere e.a., 2004). Elk weekend worden clubs en discotheken druk bezocht en in de zomerperiode zakken duizenden bezoekers af naar festivals en muziekevenementen. En dan hebben we het nog niet gehad over het al dan niet dagelijkse (stam)cafébezoek, langsgaan in het jeugdhuis of de wekelijkse studentenfuif. Een belangrijk fenomeen dat hieraan gelinkt wordt en steeds meer aandacht krijgt, is middelengebruik tijdens het uitgaan.

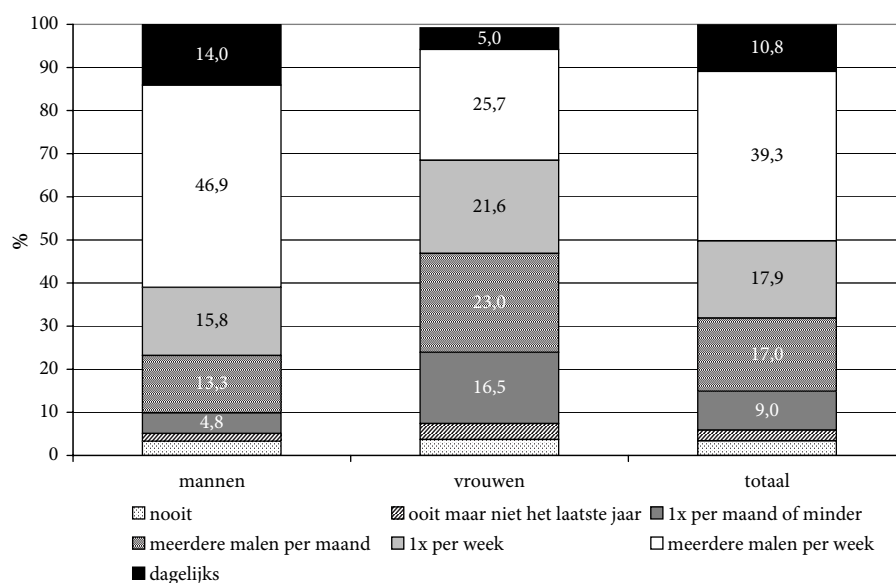
Lambrecht e.a. (2002b) stelden in hun onderzoek naar genotmiddelengebruik in Vlaams-Brabant vast dat uitgaan gerelateerd is aan dronkenschap en alcoholgebruik. Er is vooral een verband met cafébezoek en het naar fuiven gaan.

In het kader van het preventieconcept 'Partywise' startte VAD in 2003 met het trendonderzoek (Van Havere e.a., 2004). Via afwisselend een kwantitatief en kwalitatief onderzoeksluik wil VAD de vinger aan de pols houden van trends in middelengebruik in het uitgaansleven.

Tijdens de eerste bevestigingsronde van het Partywise-onderzoek in de zomer van 2003 werd het middelengebruik van 645 partygangers bekeken (Van Havere e.a., 2004). Alcohol blijkt de meest gebruikte uitgaansdrug te zijn. Bijna 7 op de 10 respondenten gebruikten in het laatste jaar minstens eenmaal per week alcohol (grafiek 4.20). 10,7% drinkt dagelijks. In tegenstelling tot illegale drugs kent alcohol bijna geen respondenten die aangeven dat ze ooit alcohol dronken, maar dit niet meer deden in het laatste jaar. Er zijn dus weinig stoppers. Er zijn iets meer mannen dan vrouwen die het afgelopen jaar alcohol dronken. Vrouwen drinken minder frequent dan mannen. 46,9% van de mannelijke partygangers drinkt meerdere keren per week alcohol en 14% drinkt dagelijks. Voor de vrouwen geldt dat een kwart van hen meerdere keren per week en 5% dagelijks alcohol drinkt.

Hoe meer men op café of naar concerten gaat, hoe frequenter alcohol gebruikt wordt.

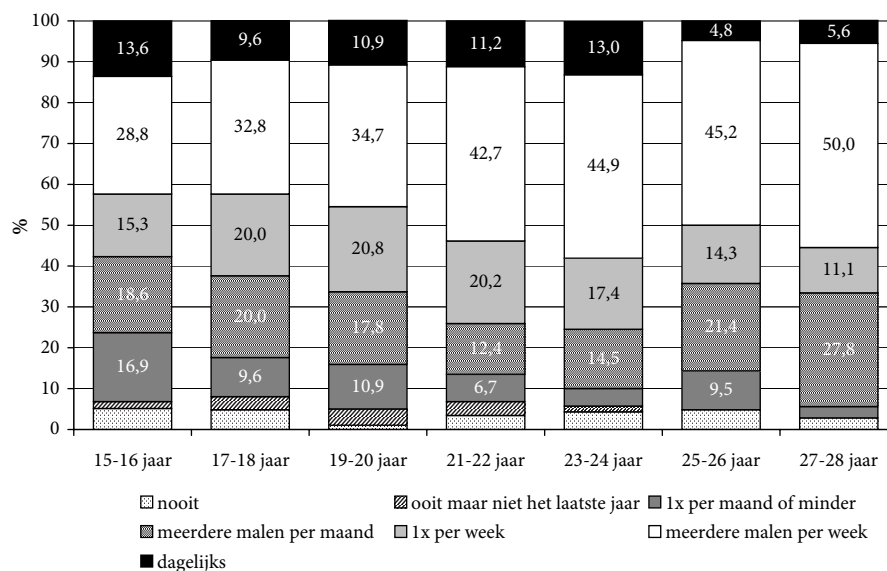
Grafiek 4.20 Frequentie van alcoholgebruik van partygangers naar sekse



Bron: Van Havere e.a., 2004

Bekijken we het drinkpatroon volgens de leeftijd, dan blijkt uit de resultaten van dit onderzoek dat de frequentie van alcoholgebruik toeneemt vanaf de leeftijd van 21 jaar (grafiek 4.21). Vanaf dan drinkt de helft van de respondenten meerdere keren per week tot dagelijks alcohol.

Grafiek 4.21 Frequentie van alcoholgebruik van partygangers naar leeftijd



Bron: Van Havere e.a., 2004

Het kwalitatieve luik van het trendonderzoek bevestigt dat nagenoeg iedereen die uitgaat alcohol drinkt (Van Havere, 2005). Op fuiven en festivals wordt vooral pils gedronken, in clubs zal men vaker sterkedrank terugvinden. Volgens de sleutelfiguren uit de uitgaanswereld die in dit onderzoek werden geïnterviewd, wordt sterkedrank veeleer gekocht door de oudere uitgaanders en uitgaanders met een betaalde job. Alcopops, fruitbieren en andere zoete dranken zijn meer in trek bij de jongeren. Ook deze respondenten suggereren dat alcopops over hun hoogtepunt heen zijn. In opmars dan weer is de combinatie van sterkedrank met een *energy drink* of een frisdrank. De combinatie Vodka Red Bull® wordt in dit opzicht het vaakst genoemd. Het is vooral de combinatie van de effecten die gesmaakt wordt: aan de ene kant wordt men beneveld en wat losser in de omgang, aan de andere kant heeft men voldoende energie om te blijven uitgaan.

Alcoholgebruik is niet beperkt tot bepaalde uitgaansscènes maar is algemeen verspreid. Uitgaanders die liever naar rockmuziek luisteren, drinken vooral bier. Dat is ook zo voor studenten.

Trends in alcoholgebruik in het uitgaansleven

- ▶ In Vlaanderen is onderzoek naar middelengebruik in het uitgaansleven nieuw waardoor (nog) geen trends in de tijd kunnen aangegeven worden.
- ▶ Uit onderzoek blijkt dat 3 op de 10 jongeren tussen 13 en 25 jaar die naar fuiven gaan altijd alcohol drinken op de fuif. 26% drinkt gemiddeld 6 à 10 glazen alcohol op een fuif.
- ▶ Wekelijks alcoholgebruik komt voor bij 7 op de 10 uitgaanders. 11% drinkt dagelijks.
- ▶ De frequentie van alcoholgebruik neemt toe vanaf de leeftijd van 21 jaar.
- ▶ De soort drank die bij voorkeur wordt gedronken verschilt naargelang de uitgaanssetting (bijvoorbeeld bier op fuiven en festivals en sterke-drink in clubs). Ook achtergrondkenmerken zoals leeftijd of werksituatie zijn hierbij determinerend.
- ▶ De populariteit van alcopops lijkt af te nemen maar mixen van sterke-drink met *energy drinks* (bijvoorbeeld Vodka-Red Bull®) blijven in opmars.

4.6 Alcohol plus ...: over combigebruik en polydruggebruik

Combigebruik staat de laatste jaren steeds meer in de belangstelling (Laudens, 2004). Dit komt gedeeltelijk door veranderingen in gebruikspatronen in het uitgaansleven waar uitgaanders makkelijker dan vroeger meerdere middelen combineren. Combigebruik is een speciale vorm van polydruggebruik. Gemeenschappelijk aan beide concepten is het gebruik van meer dan een drug door eenzelfde persoon. Bij polydruggebruik worden er weinig of geen beperkingen opgelegd aan de tijdsspanne waarbinnen de verschillende drugs gebruikt worden. Deze tijdsspanne varieert van zeer kort tot enkele weken of zelfs *lifetime*. Bij combigebruik worden de drugs tegelijkertijd of binnen een zeer korte tijdsspanne genomen waarbij een interactie tussen de effecten van de verschillende drugs wordt verondersteld.

In een aantal onderzoeken wordt nagegaan of de respondenten die een bepaald product gebruikten al dan niet meer kans hebben om ook een ander product te gebruiken. We bespreken deze resultaten hier onder de noemer combigebruik/polydruggebruik, maar hier past wel enige oplettendheid bij. Meestal gaat het om statistische verbanden en is er niet rechtsreeks aan de respondenten in het onderzoek gevraagd welke middelen ze combineren.

4.6.1 Polydruggebruik

Polydruggebruik is niet meteen een nieuw verschijnsel. Zowel in de maatschappij (waar drinken en roken al jaren samengaan) als in de hulpverlening (alcohol en medicatie worden heel vaak opgegeven als tweede product) merken we dat de consumptie van 1 product vaak samengaat met het gebruik van een ander.

Uit de behandelgegevens van cliënten in de categoriale drughulpverlening blijkt dat 80% van de cliënten meerdere drugs gebruikt en dus polydruggebruiker is (Thienpont & van Zuijlen, 2004). 1 op de 14 cliënten vernoemt alcohol als tweede of derde product.

Cattaert en Pacolet (2004) besluiten op basis van de resultaten van de gezondheidsenquête dat rokers vaker dagelijkse drinkers zijn dan niet-rokers. Het aandeel rokers dat tot de categorie zware alcoholgebruikers behoort is groter dan bij de niet-rokers. Rokers drinken gemiddeld 9,1 glazen alcohol per week, niet-rokers 5,1.

Dezelfde auteurs vonden in de resultaten van de gezondheidsenquête een significant verband tussen cannabisgebruik en consumptie van alcohol (Cattaert & Pacolet, 2004). Personen die ooit cannabis gebruikten, drinken gemiddeld meer glazen alcohol per week dan personen die nog nooit cannabis gebruikt hadden.

Het percentage probleemdrinkers en risicodrinkers ligt eveneens hoger bij de cannabisgebruikers dan bij de nooit-gebruikers.

In 1996-1997 werden via een sneeuwbalsteekproef (waarbij deelnemers gevraagd worden om andere gebruikers te contacteren) en via participerende observatie in het Antwerpse nachtleven 111 ervaren cocaïne- en crackgebruikers gerecruteerd en bevraagd (Decorte & Slock, 2005). In 2003 werden de gebruikers die in 1996-1997 al eens werden bevraagd, opnieuw opgespoord en bevraagd over diverse aspecten van hun druggebruik. Van de 111 gebruikers uit de originele steekproef van 1996-1997 werden 77 mensen (69,4%) terug opgespoord en bereid gevonden voor een interview. Al in 1997 bleek dat de meeste cocaïnegebruikers polydruggebruikers zijn: ze hebben ervaring met een hele resem legale en illegale roesmiddelen. In 2003 is dat nog steeds zo. De laatste 2 weken gebruikte 89,6% van de cocaïnegebruikers ook alcohol (1997). In 2003 dronk 88,3% van de cocaïnegebruikers de afgelopen 2 weken alcohol.

4.6.2 Combigebruik

Het (bijna) tegelijkertijd combineren van verschillende middelen omwille van het effect is een gebruikspatroon dat pas de laatste jaren onder de aandacht kwam. In een onderzoek bij 14-18-jarige scholieren in de Euregio Scheldemond werd gepeild naar het gelijktijdig gebruiken van alcohol en cannabis en het gelijktijdig gebruik van alcohol met pillen (Lombaert, 2005). 7% gebruikte ooit gelijktijdig alcohol met pillen, 3% deed dat ook nog in het laatste jaar. 19% van de leerlingen gebruikte ooit tegelijkertijd alcohol en cannabis en 11% gebruikte beide middelen tegelijk tijdens het laatste jaar, terwijl 5% dit deed in de afgelopen maand. Het gelijktijdig gebruik van alcohol en pillen of alcohol en cannabis start het vaakst op de leeftijd van 14 tot 16 jaar.

Als in het Partywise-onderzoek aan de respondenten gevraagd wordt om zelf in het oog springende trends aan te geven, wordt combigebruik³³ vaak vermeld (Van Havere e.a., 2004). In deze onderzoeksgroep van uitgaanders stelden Van Havere e.a. vast dat driekwart van de laatstejaarsgebruikers wel eens alcohol met illegale drugs combineert. Bovendien bleek bijna de helft van de laatstejaarsgebruikers (46,2%) regelmatig alcohol met andere illegale drugs te combineren. 252 respondenten antwoordden op een open vraag over welke middelen ze meestal combineren. Bij 85,2% van deze groep komt alcohol voor in de opgegeven combinatie. De meest voorkomende combinaties zijn alcohol-cannabis (65,5%) en alcohol-XTC (21,5%).

33. Combigebruik is het gebruik van meerdere middelen tijdens 1 moment. Dit moment kan een nacht zijn, een avond, ...

Decorte e.a. (2003) onderzochten bij ervaren cannabisgebruikers het combigebruik. Ze stelden vast dat alcohol het meest 'normale' roesmiddel is bij de ervaren cannabisgebruikers die ze interviewden. De respondenten waren gemiddeld 13 jaar toen ze voor het eerst alcohol dronken. De laatste 3 maanden had bijna iedereen uit de steekproef alcohol gedronken. 19,8% van de steekproef combineert cannabis het liefst met alcohol. 35,0% van de regelmatige cannabisgebruikers combineert regelmatig alcohol met cannabis, 26,8% doet dat vaak en 8,7% kiest altijd voor deze combinatie.

71,0% van de cocaïnegebruikers uit de originele studie van Decorte en Slock (2005) gebruikten cocaïne altijd of vaak met alcohol. In de vervolgstudie van 2003 gaf 79,1% van de cocaïnegebruikers aan altijd tot vaak cocaïne met alcohol te combineren. Meer dan de helft gebruikt cocaïne altijd samen met alcohol.

Alcohol plus ... een nieuwe trend?

- ▶ Roken en veel drinken blijken vaak samen te gaan.
- ▶ Hetzelfde geldt voor veel drinken en cannabisgebruik.
- ▶ 7% van de middelbare scholieren gebruikte ooit tegelijkertijd alcohol en pillen en 19% gebruikte ooit gelijktijdig alcohol en cannabis.
- ▶ Combigebruik is een trend bij uitgaanders: 46% van de uitgaanders die het laatste jaar drugs namen, combineerden regelmatig alcohol met illegale drugs.
- ▶ Ervaren cannabisgebruikers noemen in 1 op de 5 gevallen alcohol als favoriet product om met cannabis te combineren.
- ▶ 7 op de 10 regelmatige cannabisgebruikers combineren regelmatig, vaak of altijd alcohol met cannabis.
- ▶ Bij cocaïnegebruikers wint de combinatie cocaïne-alcohol nog aan populariteit: in 1997 gebruikten 7 op de 10 cocaïne altijd of vaak met alcohol; in 2003 combineren 8 op de 10 cocaïnegebruikers cocaïne altijd of vaak met alcohol.

4.7 Trends in alcoholgebruik

Algemene bevolking

- ▶ Globaal bekeken daalde de per-capita-consumptie van alcohol tussen 1990 (9,9 liter pure alcohol) en 2003 (8,8 liter pure alcohol).
- ▶ Per product gezien daalde de per-capita-consumptie van bier en wijn maar steeg deze van sterkedrank.
- ▶ De consumptie van abdijbieren en trappist steeg vanaf 1995 en sinds 2002 neemt ook de populariteit van fruitbieren toe.
- ▶ De laatste jaren bleef het aantal drinkers in de totale bevolking stabiel maar bij de oudere leeftijdsgroepen (vanaf 45 jaar) wordt wel een toename van het aantal drinkers waargenomen.
- ▶ Het gemiddeld aantal glazen dat wekelijks wordt gedronken bleef relatief stabiel: 10 glazen in 2004, 11,4 in 2001 en 9,6 in 1997.
- ▶ Het aantal drinkers dat geen onderscheid maakt tussen week of weekend en dus zowel tijdens de week als in het weekend alcohol drinkt stijgt van een kwart in 1997/2001 tot 3 op de 10 in 2004.
- ▶ Het percentage zware drinkers, namelijk de personen die wekelijks 22 glazen of meer dronken, daalde in 2004 (7,3%) vergeleken met 2001 (8,2%).

Jongeren

- ▶ 7 op de 10 jongeren dronken het voorbije jaar alcohol. Tegenover voorgaande jaren bleef het gebruik stabiel.
- ▶ De favoriete drank voor middelbare scholieren is bier.
- ▶ De laatste paar jaar daalde de consumptie van alcopops.

Studenten

- ▶ Het alcoholgebruik van studenten is hoger dan het alcoholgebruik van leerlingen in het secundair onderwijs. Het laatstejaarsgebruik van alcohol nam bij de studenten in Vlaams Brabant toe tussen 1994 en 2001.
- ▶ Studenten drinken het meest wijn en de consumptie daarvan is de laatste jaren gestegen. Ook de consumptie van sterkedrank steeg terwijl het bierverbruik afnam.
- ▶ De prevalentie van wekelijks dronken zijn nam bij studenten toe van 4% in 1994 naar 6% in 2001.

Vrouwen

- ▶ Minder vrouwen dan mannen drinken alcohol en vrouwen drinken minder frequent. Toch zijn er tendensen dat de verschillen in alcoholgebruik van vrouwen en mannen stilaan verkleinen.
- ▶ Tussen 1997 en 2004 zijn er meer vrouwen dagelijks gaan drinken. Ook overconsumptie van alcohol – in termen van minstens een keer per maand 6 glazen alcohol op een dag drinken – vertoont bij vrouwen de laatste jaren een stijgende tendens.
- ▶ Problematisch alcoholgebruik, gemeten via het CAGE-screeningsinstrument, is bij vrouwen tussen 2001 en 2004 toegenomen en vooral in de leeftijdsgroepen 25-34 jaar, 45-54 jaar en 64-74 jaar.

Uitgaanders

- ▶ Door gebrek aan vervolgonderzoek kan het alcoholgebruik van personen die uitgaan nog niet vergeleken worden over de tijd.
- ▶ De uitgaanssetting heeft een invloed op de soort drank die bij voorkeur wordt gedronken: op fuiven wordt vaker bier gedronken dan sterkedrank. In clubs geldt net het omgekeerde.
- ▶ Ook in het uitgaansleven lijkt de populariteit van alcopops af te nemen maar blijven mixen van sterkedrank met *energy drinks* wel in.

Combi- of polydruggebruik

- ▶ Alcohol wordt zeer vaak in combinatie met andere middelen gebruikt zij het tabak, cannabis of cocaïne.
- ▶ Cijfers uit de drughulpverlening tonen al geruime tijd aan dat cliënten meer en meer polydruggebruikers zijn. Alcohol wordt door illegale-druggebruikers vaak genoemd als tweede of derde product.



HOOFDSTUK 5

INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN DE ALCOHOLCONSUMPTIE: BELGIË CENTRUM VAN EUROPA

Drinkpatronen verschillen van land tot land. In de literatuur vinden we het onderscheid tussen de mediterrane drinkcultuur, waar vooral wijn wordt gedronken, en de Noord-Europese en Angelsaksische drinkcultuur waar bier en sterkedrank domineren (IAS, 2005a). In mediterrane landen behoort wijnconsumptie tot de eetcultuur. Er wordt dan ook regelmatig wijn gedronken bij het eten, in gezinsverband. In het zuiden gelden redelijk sterke informele sancties op openbare dronkenschap. In de meer noordelijke Europese landen wordt minder vaak alcohol gedronken maar wanneer het gebeurt, drinkt men steviger door. Meestal is dit in het weekend, buitenshuis en drinken wordt een doel op zich. Openbare dronkenschap komt in deze drinkcultuur dan ook meer voor.

Landen kunnen volgens hun drankvoorkeur ingedeeld worden als hoofdzakelijk bier, wijn of sterkedrankland (WHO, 2004). België behoort samen met bijvoorbeeld Ierland, Duitsland, Verenigd Koninkrijk en Nederland tot de bierlanden. Wijnlanden zijn bijvoorbeeld Frankrijk, Portugal, Italië, en Spanje. Landen waar vooral sterkedrank wordt gedronken zijn bijvoorbeeld Tsjechië, Slowakije of Letland. In Europa stellen we als globale trends vast dat de bierconsumptie toeneemt, de consumptie van wijn daalt en de consumptie van sterkedrank redelijk stabiel blijft.

Cijfers om de positie van België in de wereld te bepalen op het vlak van alcoholconsumptie zijn terug te vinden in 'World Drink Trends', Europees onderzoek over drinkpatronen zoals de Eurobarometeronderzoeken of het 'European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs' (ESPAD) voor jongeren in het bijzonder. De HBSC-studie – over de gezondheid van jongeren in het secundair onderwijs – bevat ook vragen over alcoholgebruik en verloopt zelfs wereldwijd. De laatste

HBSC-resultaten die werden gerapporteerd dateren van 2001/2002. We zullen in dit hoofdstuk dan ook enkel gebruik maken van de recentere ESPAD-data (2003) om de drinkpatronen van jongeren te beschrijven.

5.1 Per-capita-consumptie

De Commission for Distilled Spirits maakt jaarlijks een internationale vergelijking van de per-capita-consumptie. Volgens de wereldranglijst van deze bron staat België in 2003 14^{de} genoteerd inzake de totale alcoholconsumptie (tabel 5.1) (Commission for Distilled Spirits, 2005). In 2002 stonden we nog op de 18^{de} plaats. Luxemburg, Hongarije en Tsjechië voeren de lijst aan. Luxemburg blijft haar hoge positie aanhouden. De verklaring kunnen we zoeken in de lage taksen op alcohol waardoor er veel alcohol wordt aangekocht die echter voor onmiddellijke export bestemd is. Ook in landen met veel toerisme (bijvoorbeeld Spanje, Portugal, Frankrijk) krijgt men een vertekende hoge per-capita-consumptie van alcohol. Opmerkelijk is dat Italië als vakantieland niet in de top 20 is terug te vinden.

Voor het verbruik van sterkedranken staat België in 2003 pas op de 30^{ste} plaats op de wereldranglijst. België behoort echter tot de meest bierverbruikende landen en staat 7^{de} op wereldvlak. Voor wijnconsumptie bevindt België zich, vergeleken met andere landen, ergens tussenin, namelijk op de 15^{de} plaats.

Tabel 5.1 De vijftien meest alcoholverbruikende landen

	gemiddelde hoeveelheid pure alcohol (liter per persoon)			
	2000	2001	2002	2003
1. Luxemburg	12,5	12,4	11,9	12,6
2. Hongarije	10,9	11,1	11,1	11,4
3. Tsjechië	11,0	10,9	10,8	11,0
4. Ierland	10,7	10,8	10,8	10,8
5. Duitsland	10,5	10,4	10,4	10,2
6. Spanje	9,8	9,8	9,6	10,0
7. Verenigd Koninkrijk	8,4	9,1	9,6	9,6
8. Portugal	10,8	10,3	9,7	9,6
9. Denemarken	9,5	9,5	9,5	9,5
10. Oostenrijk	9,2	9,0	9,2	9,3
11. Frankrijk	10,5	10,5	10,3	9,3
12. Cyprus	7,4	7,9	9,1	9,0
13. Zwitserland	9,2	9,2	9,0	9,0
14. België	8,5	8,5	8,8	8,8
15. Rusland	8,6	8,6	8,6	8,7

Bron: Commission for Distilled Spirits, 2005

In vergelijking met onze directe buurlanden moeten we qua bier drinken onderdoen voor Duitsland, waar in 2003 gemiddeld 117,5 liter bier per persoon werd gedronken, en het Verenigd Koninkrijk, waar men ruim 101 liter bier per persoon dronk in 2003 (tabel 5.2). Fransen en Italianen drinken het meest wijn. In vergelijking met België wordt in die landen 2 keer zoveel wijn gedronken. België scoort opvallend lager dan de buurlanden Frankrijk en Duitsland in de gemiddelde hoeveelheid sterkedrank die jaarlijks wordt gedronken.

Tabel 5.2 Internationale vergelijking van de consumptie van bier, wijn en sterkedrank (2003)

	liter per persoon						
	België	Nederland	Frankrijk	Duitsland	Verenigd Koninkrijk	Italië	Spanje
bier	96,2	78,7	35,5	117,5	101,5	30,1	78,3
wijn	23,0	19,6	48,5	23,6	20,1	47,5	30,6
sterkedrank	4,0	4,3	6,8e	5,7	5,1	1,1	6,8

e: geschatte data

Bron: Commission for Distilled Spirits, 2005

5.2 Drinkpatronen van de volwassen bevolking: België schommelt rond het EU-gemiddelde

Het speciale Eurobarometeronderzoek over gezondheid, voeding, alcohol en veiligheid dat begin 2003 werd afgenomen bij de populatie van 15 jaar en ouder in 15 Europese landen, laat toe om de drinkpatronen van verschillende Europese landen met elkaar te vergelijken. In België werden 1.073 personen boven de 15 jaar bevraagd. In de hele EU werden 16.370 interviews afgenomen.

61% van de Europeanen ouder dan 15 jaar dronk de afgelopen 4 weken alcohol (EORG, 2003). In België gaf 62,1% van de respondenten aan dat ze de afgelopen 4 weken alcohol dronken (tabel 5.3). Het hoogste percentage alcoholgebruik in de afgelopen 4 weken noteren we in Denemarken, Zweden en Luxemburg.

Portugezen (22,77), Italianen (19,06) en Spanjaarden (19,01) drinken het meest, uitgedrukt in aantal dagen dat er de afgelopen 4 weken alcohol gedronken wordt (tabel 5.3). In Finland, Zweden en Ierland drinkt men het minst aantal dagen. Belgen drinken in de afgelopen 4 weken gemiddeld 14,71 dagen alcohol en situeren zich daarmee in de middenmoot.

Ierland (4,03) en Finland (3,99) scoren wel hoog als het gaat om het gemiddeld aantal eenheden dat op een dag wordt gedronken, terwijl Portugal (1,96), Oostenrijk (1,88) en Italië (1,49) dan onderaan het lijstje bengelen (tabel 5.3). Belgen drinken gemiddeld 2,76 eenheden alcohol op een dag dat alcohol gedronken wordt.

Tabel 5.3 Rangschikking van EU-landen naar alcoholconsumptie

percentage alcoholgebruik de laatste 4 weken		gemiddeld aantal dagen dat alcohol wordt gedronken de laatste 4 weken		gemiddeld aantal gedronken eenheden per dag	
rangschikking	%	rangschikking	%	rangschikking	%
Denemarken	81,2	Portugal	22,77	Ierland	4,03
Zweden	74,6	Italië	19,06	Finland	3,99
Luxemburg	73,8	Spanje	19,01	Denemarken	3,38
Nederland	70,3	Luxemburg	17,62	UK	3,23
Oost-Duitsland	67,8	Frankrijk	17,30	Zweden	2,77
UK	67,8	EU 15	14,88	België	2,76
Finland	66,5	België	14,71	Nederland	2,55
Frankrijk	63,2	Oostenrijk	14,44	EU 15	2,41
Griekenland	62,9	Nederland	14,23	Frankrijk	2,34
België	62,1	Denemarken	13,96	West-Duitsland	2,33
EU 15	61,0	West-Duitsland	12,40	Duitsland-totaal	2,31
Duitsland-totaal	60,4	Duitsland-totaal	12,39	Oost-Duitsland	2,25
Ierland	60,1	Oost-Duitsland	12,36	Luxemburg	2,16
West-Duitsland	58,3	Griekenland	12,26	Spanje	2,02
Oostenrijk	56,2	UK	12,23	Griekenland	1,96
Italië	55,4	Ierland	10,22	Portugal	1,96
Portugal	50,9	Zweden	9,35	Oostenrijk	1,88
Spanje	49,9	Finland	8,44	Italië	1,49

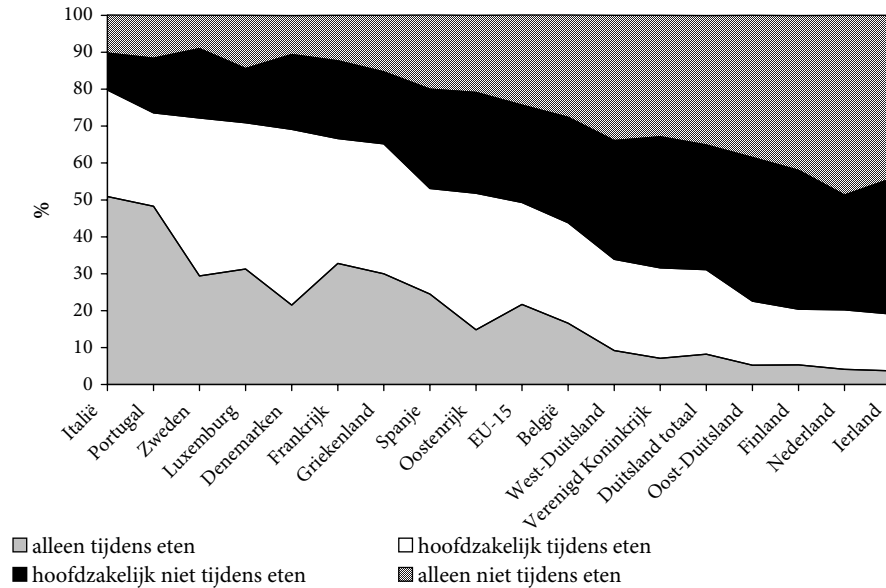
Bron: EORG, 2005

De consumptie van de verschillende types alcohol, zijnde bier, wijn en sterkedrank, verschilt van land tot land (EORG, 2003). De landen met het hoogst aantal dagen waarop alcohol wordt gedronken (bijvoorbeeld Portugal, Italië, Spanje, Luxemburg en Frankrijk) hebben het hoogst aantal dagen waarop wijn wordt gedronken. Dit laat vermoeden dat het drinken van wijn een sociaal gebeuren is dat sterk verbonden is met het dagelijks leven in deze landen.

27,2% drinkt alcohol vooral bij het eten, 26,0% drinkt vooral alcohol buiten de maaltijden. 24,1% drinkt enkel alcohol buiten het eten en 21,4% drinkt alcohol alleen bij het eten. In Portugal en Italië, landen waar vooral wijn wordt gedronken,

drinkt ongeveer de helft van de populatie enkel tijdens het eten. Drinken hangt in deze landen dus sterk samen met de eetcultuur. In België wordt er vooral alcohol gedronken buiten de maaltijden: 28,3% drinkt alcohol vooral buiten de maaltijden en 27,4% drinkt enkel alcohol buiten de maaltijden. 26,9% drinkt hoofdzakelijk bij het eten en 16,5% drinkt alleen bij het eten. Grafiek 5.1 geeft een mooi beeld van de landen waar vooral tijdens de maaltijd wordt gedronken en van de landen waar dat niet het geval is.

Grafiek 5.1 Alcoholconsumptie al dan niet tijdens de maaltijd tijdens de afgelopen 4 weken in de Europese Unie



Bron: EORG, 2005

De Eurobarometerresultaten geven aan dat mannen, ouderen, hoger opgeleiden en de hogere inkomenscategorieën meer aangaven dat ze de afgelopen 4 weken alcohol dronken dan andere groepen (EORG, 2003). Bekeken naar het aantal dagen dat alcohol wordt gedronken zien we een ander plaatje. Dan scoren zelfstandigen, mannen en gepensioneerden het hoogst. Het aantal drinkdagen neemt toe met de leeftijd. Onderwijsniveau en inkomen spelen hier minder een rol.

Mannen, werklozen en arbeiders drinken het meest bier (EORG, 2003). Wijn wordt het meest gedronken door gepensioneerden, 55-plussers, zelfstandigen en vroege schoolverlaters. Het aantal dagen waarop mensen wijn drinken neemt toe met de leeftijd. Mannen, gepensioneerden en personen tussen 15 en 24 jaar drinken het meest sterkedrank.

De groep tussen 15 en 24 jaar drinkt duidelijk het meest met een gemiddelde van 3,10 eenheden per dag op dagen waarop alcohol wordt gedronken (EORG, 2003). Werklozen komen met een gemiddelde van 2,89 per dag op de tweede plaats, gevolgd door studenten (2,84) en arbeiders (2,72).

Er is een verband tussen de leeftijd en al of niet drinken bij de maaltijden (EORG, 2003). Ouderen zullen veeleer bij het eten alcohol drinken terwijl jongeren dit meestal niet tijdens het eten doen maar erbuiten. Dit is vooral het geval bij de 15-24-jarigen.

Gemiddeld dronken de Europeanen de afgelopen maand 1,49 keer excessief³⁴ (EORG, 2003). Italianen scoren op dit vlak het minst en de Finnen het meest. De Belgen gingen zich de afgelopen maand gemiddeld 2,14 keer te buiten aan excessief drinken, waarmee we het Europees gemiddelde ruimschoots overtreffen. Excessief drinken komt het vaakst voor bij werklozen, de laagste inkomensgroepen en arbeiders.

De Europeanen vonden dat ze de afgelopen maand gemiddeld 0,43 keer te veel dronken (EORG, 2003). Voor de Belgen kwam dat gemiddeld 0,79 keer voor.

5.3 Drinkpatronen van jongeren

In de ESPAD-studie werden meer dan 100.000 jongeren uit 35 Europese landen³⁵ bevraagd over hun middelengebruik, waaronder ook de consumptie van alcohol. De studie beperkt zich tot jongeren die in het jaar van de bevraging 16 jaar worden. In 2003 participeerde België voor het eerst aan deze studie.

90% van de 16-jarige jongeren die deelnamen aan de ESPAD-studie dronk ooit alcohol. In België gaat het om 91% van de jongeren. Niet al deze jongeren drinken op een regelmatige basis. 36% van de Belgische jongeren dronk al meer dan 40 keer alcohol en kan als een min of meer regelmatige drinker beschouwd worden (46% van de jongens en 27% van de meisjes) (Hibell e.a., 2004). In Vlaanderen (40%) komt dit meer voor dan in Wallonië (32%). België scoort daarmee hoger dan Frankrijk (22%), maar lager dan Nederland (45%) en het Verenigd Koninkrijk (43%).

Het laatste jaar dronk 86% van de Belgische jongeren alcohol. 30% dronk de laatste 12 maanden 20 keer of meer alcohol (22% meisjes en 38% jongens).

34. Dit staat in dit onderzoek gelijk aan het drinken van 1 fles wijn, 5 glazen bier of 5 eenheden sterkedrank op 1 gelegenheid.

35. Oostenrijk, België, Bulgarije, Kroatië, Cyprus, Tsjechië, Denemarken, Estland, de Faröer eilanden, Finland, Frankrijk, Duitsland, Griekenland, Hongarije, IJsland, Ierland, Eiland Man, Italië, Letland, Litouwen, Malta, Nederland, Noorwegen, Polen, Portugal, Roemenië, Rusland, Slowakije, Slovenië, Zweden, Zwitserland, Turkije, Oekraïne, Verenigd Koninkrijk.

De voorbije 30 dagen dronk 73% van de Belgische jongeren alcohol. 20% van de Belgische respondenten dronk de voorbije maand 10 keer of meer alcohol. Dit komt meer voor bij jongens (28%) dan meisjes (13%) en meer in Vlaanderen (23%) dan in Wallonië (17%). Wat de buurlanden betreft, scoren we daarmee lager dan Nederland (25%) maar hoger dan het Verenigd Koninkrijk (17%) en Frankrijk (7%).

Bier en sterkedrank genieten de voorkeur van de Belgische jongeren (tabel 5.4). 36% dronk de afgelopen maand 3 of meer keer bier en 29% koos op minstens 3 drinkgelegenheden voor sterkedrank. Jongens (49%) drinken frequenter bier dan meisjes (23%). Wijn wordt in mindere mate gedronken.

Tabel 5.4 Aantal gelegenheden waarop gedurende de laatste 30 dagen bier, wijn of sterkedrank wordt gedronken

	aantal drinkgelegenheden						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40+
bier	45%	19%	13%	9%	7%	4%	3%
wijn	58%	24%	9%	4%	3%	1%	1%
sterkedrank	46%	25%	12%	8%	6%	2%	1%

Bron: Hibell e.a., 2004

Bij de laatste drinkgelegenheid dronk 46% van de Belgische leerlingen bier, 33% sterkedrank en 33% wijn. Bijna een kwart van de jongens dronk toen meer dan 101 centiliter bier (23%), of iets meer dan 4 glazen.

Hibell e.a. (2004) berekenden de gemiddelde consumptie in centiliter pure alcohol tijdens de laatste drinkgelegenheid. De Belgische jongeren dronken gemiddeld 4,7 centiliter pure alcohol tijdens de laatste drinkgelegenheid als rekening gehouden wordt met de consumptie van bier, wijn en sterkedrank. Worden ook alcopops en cider meegerekend dan stijgt de gemiddelde consumptie van de Belgische jongeren tot 7,1 centiliter pure alcohol bij de laatste drinkgelegenheid.

Het ESPAD-onderzoek peilde ook naar binge-drinken, gedefinieerd als minstens 5 alcoholische dranken na elkaar drinken. Vooral in Denemarken, Ierland, Malta, Nederland, Noorwegen, Polen, Zweden en het Verenigd Koninkrijk komt binge-drinken veel voor. België situeert zich in de subtop: 22% van de jongeren dronk de voorbije maand 3 keer of meer 5 of meer alcoholische dranken na elkaar (28% jongens en 14% meisjes). Vlaanderen en Wallonië verschillen op dit vlak nagenoeg niet. Nederland (28%), Duitsland (28%) en het Verenigd Koninkrijk (27%) kennen een hogere frequentie van binge-drinken dan België. In Frankrijk (9%) wordt dit fenomeen aanzienlijk minder frequent gerapporteerd.

In België was 7% van de 15-16-jarige jongeren ooit 20 keer of meer dronken (Hibell e.a., 2004). Dit kwam meer voor bij jongens (11%) dan meisjes (3%). Vlaanderen, waar 8% van de jongeren al ooit 20 keer of meer dronken was, scoort hoger dan Wallonië waar 6% van de jongeren positief antwoordde op deze vraag. We doen het op dit vlak beter dan Duitsland (12%) en het Verenigd Koninkrijk (27%), maar scoren slechter dan Nederland (6%) en Frankrijk (3%).

De laatste 30 dagen wordt dronkenschap veel minder gerapporteerd. Toch was 27% van alle Belgische bevraagde jongeren de laatste maand minstens 1 keer dronken. Dit kwam iets meer voor bij jongens (31%) dan bij meisjes (23%).

In de ESPAD-studie konden de jongeren aangeven op welke plaats ze voor het laatst alcohol dronken. De meesten dronken thuis (24%), in een café (23%), in een discotheek (20%) of bij iemand anders thuis (18%).

5.4 Conclusies over onze positie op wereldvlak

- ▶ België staat met een totale alcoholconsumptie van 8,8 liter pure alcohol per persoon (in 2003) 14^{de} in de wereld.
- ▶ Met een jaarlijks bierverbruik van 96,2 liter per persoon (in 2003) is België nummer 7 in de wereld.
- ▶ België scoort boven het Europees gemiddelde voor het percentage personen van 15 jaar en ouder die de laatste 4 weken alcohol dronken (62,1%) en voor het gemiddeld aantal gedronken eenheden per dag (2,76).
- ▶ Met een gemiddelde van 14,71 dagen waarop tijdens de afgelopen 4 weken alcohol gedronken werd, bevindt België zich in de Europese middenmoot.
- ▶ Belgen gingen zich de afgelopen maand gemiddeld 2,14 keer te buiten aan excessief drinken daar waar het Europees gemiddelde op 1,49 keer ligt.
- ▶ Wat betreft binge-drinken situeert België zich in de subtop: 22% van de 15-16-jarige jongeren deed het de afgelopen maand minstens 3 keer. In Nederland, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk komt 'binge-drinken' meer voor.



HOOFDSTUK 6

GEVOLGEN VAN ALCOHOLGEBRUIK

In hoofdstuk 2 werd al beschreven wat we verstaan onder problematisch alcoholgebruik, welke alcoholgerelateerde problemen kunnen opduiken en hoe we dit kunnen meten. In dit hoofdstuk gaan we nog wat verder in op de negatieve gevolgen van alcoholgebruik voor de gezondheid en op sociaal vlak. Om de alcoholgerelateerde schade in kaart te brengen, kunnen we een beroep doen op verschillende informatiebronnen: gezondheidsstatistieken, misdaadcijfers, ongevallencijfers en nationale onderzoeken. We begeven ons hier op moeilijk terrein want officiële data zijn over het algemeen niet ontwikkeld om alcoholgerelateerde schade te meten (WHO, 2000). Hoewel alcoholgebruik vaak een rol speelt in ongevallen, ziekten, misdrijven of overlijdens wordt deze factor meestal niet opgetekend in officiële statistieken. Toch kan het zinvol zijn om bij wijze van triangulatie verschillende statistieken naast elkaar te plaatsen en te vergelijken.

Waar mogelijk maken we deze oefening met behulp van Vlaamse/Belgische cijfers (bijvoorbeeld rijden onder invloed van alcohol, sterfte door levercirrose, ...). Waar we geen alcoholspecifieke cijfers kunnen geven, belichten we de internationale en nationale literatuur over dit onderwerp.

6.1 Problematisch gebruik van alcohol

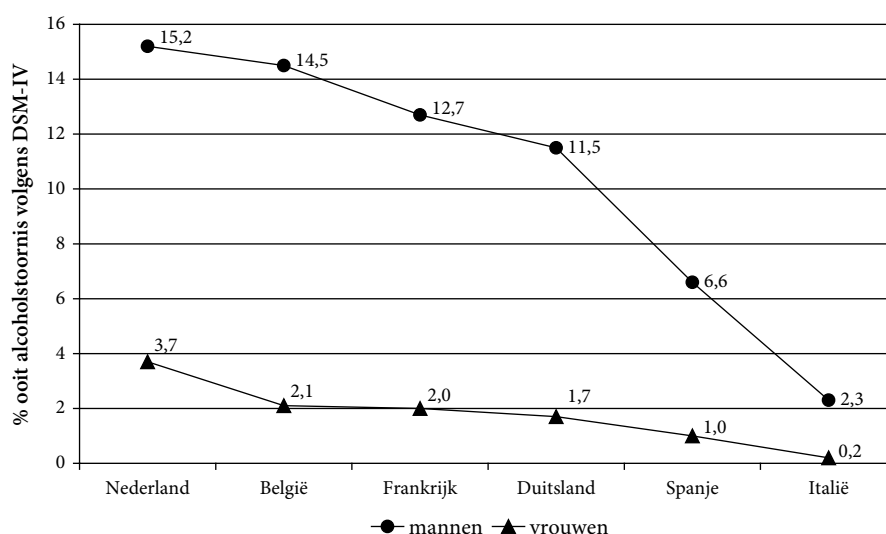
De definitie van problematisch alcoholgebruik die we in hoofdstuk 2 beschreven, is zeer ruim en bekijkt de problematiek zowel vanuit een gezondheids- als een veiligheidsperspectief. In onderzoek waar men wil komen tot aantallen, zal men zich voor de definiëring van problematisch alcoholgebruik vaak beperken tot duidelijke afkapwaarden in het aantal gedronken glazen of tot de resultaten van het DSM-IV-diagnoseinstrument. We bekijken in dit hoofdstuk onderzoek dat iets zegt over de prevalentie van problematisch gebruik bij (een deel van) de bevolking maar houden daarbij in het achterhoofd dat de definitie van problematisch gebruik in de onderzoeken kan afwijken van de definitie gegeven in hoofdstuk 2.

6.1.1 Problematisch alcoholgebruik in de bevolking

Op basis van data uit de *European Study on Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD) en de gezondheidsenquête kunnen we iets zeggen over problematisch gebruik van alcohol in de bevolking. De ESEMeD-studie baseert zich daarvoor op de diagnose van alcoholgerelateerde stoornissen volgens de DSM-IV. Voor de gezondheidsenquête kunnen zowel op basis van het aantal gedronken glazen als op basis van het CAGE-screeningsinstrument uitspraken gedaan worden over de omvang van problematisch drinken.

In de ESEMeD-studie werd de prevalentie van mentale stoornissen, waaronder alcoholgerelateerde stoornissen, nagegaan bij de bevolking van 6 Europese landen. Grafiek 6.1 toont hoeveel mannen en vrouwen gedurende hun leven een alcoholgerelateerde stoornis hadden volgens de DSM-IV-criteria (Europese commissie, 2004).

Grafiek 6.1 Alcoholgerelateerde stoornissen in zes Europese landen



Bron: Europese Commissie, 2004

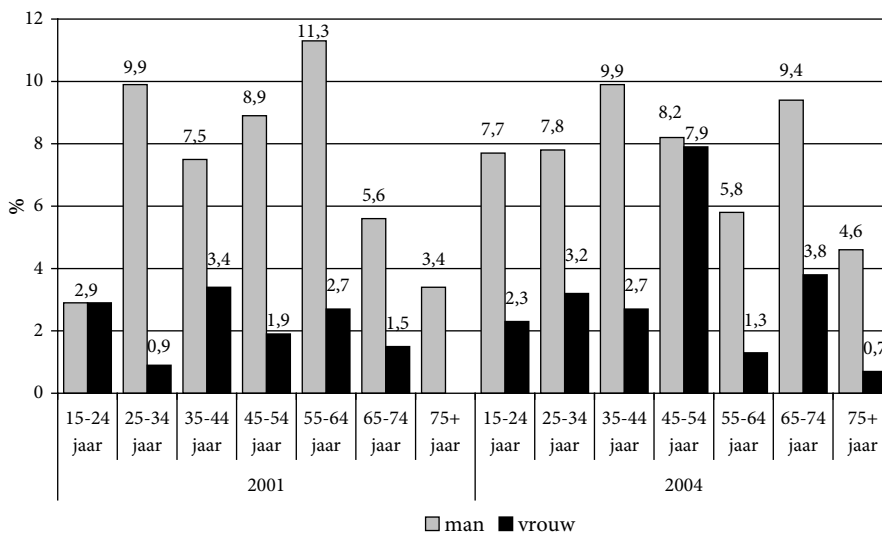
In België werden in het kader van de ESEMeD studie 2.419 personen (18-plussers) met behulp van het *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI-2000) geïnterviewd (Bruffaerts e.a., 2004a). Het ging om een representatief staal van de Belgische niet-geïstitutionaliseerde bevolking. Het interview vond plaats in de periode april 2001 en juni 2002. De aanwezigheid van mentale stoornissen werd nagegaan op basis van de DSM-IV-criteria. Er werden ongeveer evenveel mannen als vrouwen bevraagd en de grootste groep respondenten was tussen 35 en 49 jaar.

Volgens de resultaten van de ESEMeD studie had 1,8% van de Belgische niet-geinstitutionaliseerde bevolking van boven de 18 jaar in de 12 maanden voor het interview een alcoholgerelateerde stoornis (Bruffaerts e.a., 2004a).

In de gezondheidsenquête van 2001 en 2004 werd de CAGE-vragenlijst gebruikt om het problematisch alcoholgebruik in de bevolking in te schatten (Bayingana e.a., 2006). In de vragenlijst van 1997 waren deze vragen nog niet opgenomen. Van de Vlamingen van 15 jaar en ouder die alcohol gebruiken, voldoet in 2004 5,9% aan de criteria van problematisch alcoholgebruik: 8,0% mannen en 3,5% vrouwen. De toename in het problematisch alcoholgebruik tussen 2001 en 2004 is niet significant.

In de leeftijdsgroep 45-54 jaar is het percentage mannen en vrouwen met problematisch alcoholgebruik in 2004 nagenoeg gelijk (8%) (grafiek 6.2). De totale proportie problematische alcoholgebruikers is het grootst in deze leeftijdsgroep, namelijk 8,1%. Opvallend is verder dat 5,0% van de personen tussen 15 en 24 jaar volgens het CAGE-instrument een probleem heeft met het gebruik van alcohol. Voor de mannen van die leeftijd gaat het zelfs om 7,7%.

Grafiek 6.2 Problematisch alcoholgebruik, naar leeftijd en sekse in het Vlaamse Gewest



Bron: Bayingana e.a., 2006

Cattaert en Pacolet (2004) berekenden hoe hoog het alcoholgebruik en -misbruik is in België. De auteurs vertrekken van de norm van de wereldgezondheidsorganisatie (WHO) die stelt dat mannen vanaf 6 glazen alcohol per dag en vrouwen vanaf 4 glazen alcohol per dag een hoog risico lopen op acute problemen (tabel 6.1). Cattaert

en Pacolet spreken hier van probleemdrinken. Ze onderscheiden tevens de categorie risicodrinker, namelijk iemand met een medium tot zeer hoog risico.

Tabel 6.1 Grenzen van schadelijk alcoholgebruik naar sekse volgens de WHO-norm

	matig drinker (laag risico)	risicodrinker (medium risico)	schadelijk drinker (hoog risico)	zeer risicovolle drinker (zeer hoog risico)
mannen				
aantal glazen per dag	0,1-4	4,1-6	6,1-10	>10
aantal glazen per week	0,1-28	28,1-42	42,1-70	>70
aantal liter pure alcohol per jaar	0,1-17,5	17,51-26	26,1-40	>40
vrouwen				
aantal glazen per dag	0,1-2	2,1-4	4,1-6	>6
aantal glazen per week	0,1-14	14,1-28	28,1-42	>42
aantal liter pure alcohol per jaar	0,1-10	10,1-17,5	17,51-26	>26

Bron: Cattaert & Pacolet, 2004

Als men de gegevens van de gezondheidsenquête 2001 als uitgangspunt neemt, is 2,9% van de mannelijke bevolking en 1,6% van de vrouwelijke bevolking in België een probleemdrinker volgens de WHO-norm (Cattaert & Pacolet, 2004). Gemiddeld telt België 2,25% probleemdrinkers (2,9% mannen en 1,6% vrouwen). Dit komt afgerond neer op 189.000 personen (119.000 mannen en 70.000 vrouwen).

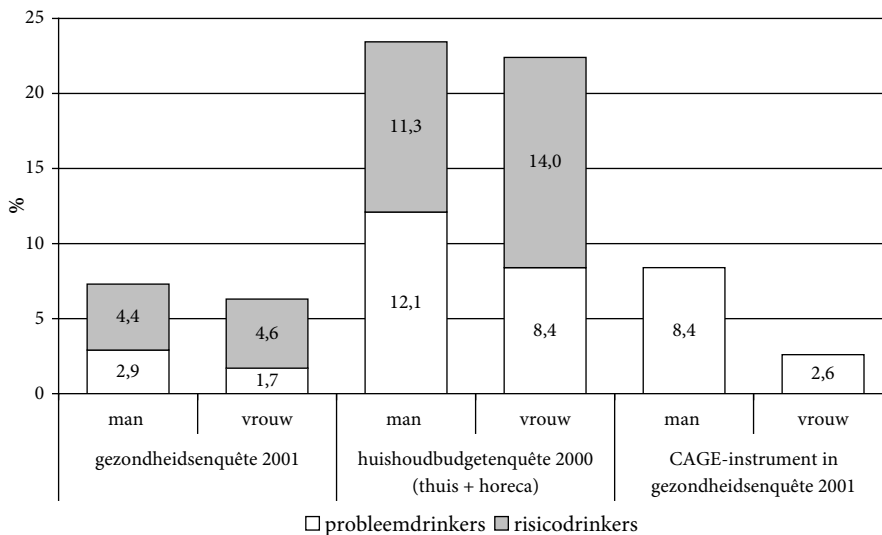
Wanneer de gegevens van de gezondheidsenquête vergeleken worden met cijfers van het Instituut voor de Nationale Rekeningen, World Drink Trends of douane en accijnzen, dan ligt de gemiddelde consumptie volgens de gezondheidsenquête 2 tot 3 keer lager. Het percentage probleemdrinkers geschat op basis van de gezondheidsenquête moeten we dus vermenigvuldigen met een factor 2 tot 3. Zo zouden er in België tussen de 4,5% en 6,75% probleemdrinkers zijn, ofwel tussen 378.843 en 568.265 personen.

Bij de mannen neemt het probleemdrinken toe van 3% bij personen zonder diploma tot 4,3% bij universitair geschoolden (Cattaert & Pacolet, 2004). Het risicodrinken stijgt tussen deze 2 groepen van 4,6% tot 9,9%. Bij vrouwen stijgt het probleemdrinken van 1% bij de vrouwen zonder scholing tot 5% bij de vrouwen met een universitair diploma. Het risicodrinken neemt toe van 2,3% tot 14,5%.

Als de berekening van het percentage probleemdrinkers in de Belgische bevolking vertrekt van de huishoudbudgetenquête 2000 en wanneer zowel de horeca als de thuisuitgaven worden bekeken, wordt het hoogste gemiddelde verbruik vastgesteld in de leeftijdsgroep 55-64 jaar (11,9 liter pure alcohol) (Cattaert & Pacolet, 2004). Bij de mannen zijn er 12,1% probleemdrinkers en bij de vrouwen 8,4%. De meeste mannelijke probleemdrinkers zijn tussen de 55 en de 64 jaar (16,4%), bij de vrouwen zien we het meest probleemdrinkers bij de 75-plussers (11,3%).

Afhankelijk van de bron waarop men de berekening voor het aantal probleemdrinkers baseert, namelijk gezondheidsenquête of huishoudbudgetenquête, zijn er bij de mannelijke bevolking tussen 2,9% en 12,1% probleemdrinkers en bij de vrouwelijke bevolking tussen 1,7% en 8,4% probleemdrinkers (Cattaert & Pacolet, 2004) (grafiek 6.3).

Grafiek 6.3 Percentage probleemdrinkers en risicodrinkers naar sekse in België



Bron: Cattaert & Pacolet, 2004

6.1.2 Problematisch alcoholgebruik bij studenten

Universiteitsstudenten vormen een aparte groep waarbinnen alcoholgebruik algemeen aanvaard is en waar de omstandigheden vaker aanleiding geven tot problematisch gebruik. Toch is onderzoek over dit thema in België schaars.

Aertgeerts e.a. (1999) onderzochten tijdens het academiejaar 1995-1996 de prevalentie van overmatig alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid bij eerstejaarsstu-

denten aan de Katholieke Universiteit Leuven (K.U.Leuven). Tijdens het verplicht medisch onderzoek konden de eerstejaarsstudenten hun medewerking verlenen aan een onderzoek over gezondheid, dagelijkse problemen en alcoholgebruik. Op basis van de DSM-IV-criteria en aan de hand van CIDI werd de diagnose van overmatig alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid gesteld. 3.564 studenten werden bevraagd, waaronder 1.940 vrouwen (54,4%) en 1.624 mannen (45,6%). Hun gemiddelde leeftijd was 18 jaar.

501 (14,1%) studenten beantwoordden aan de DSM-IV criteria voor overmatig alcoholgebruik³⁶ of alcoholafhankelijkheid (tabel 6.2). 1 student op de 10 vertoont overmatig alcoholgebruik en 3,6% van de studenten is alcoholafhankelijk. Dit verschilt echter sterk volgens sekse. 301 mannelijke studenten (18,5%) voldeden aan de criteria van overmatig alcoholgebruik tegenover 72 vrouwelijke studenten (3,7%). 96 mannen (5,9%) en 32 vrouwen (1,6%) waren alcoholafhankelijk.

Veel studenten scoren echter positief op overmatig alcoholgebruik, omdat ze aangeven dat ze vaak onder invloed zijn in een situatie met een verhoogd risico op een ongeval, bijvoorbeeld fietsen, autorijden, het besturen van een vrachtwagen of boot, het bedienen van een machine. Het gaat om 434 (12,2%) studenten. Dit risicogedrag is echter vaak 'normaal' adolescentengedrag zonder psychische of psychiatrische pathologie.

Tabel 6.2 Prevalentie van overmatig alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid bij eerstejaarsstudenten aan de K.U. Leuven volgens de DSM-IV-criteria (1995-1996)

	mannen (n= 1.624)		vrouwen (n= 1.940)		totaal (n= 3.564)	
	N	%	N	%	N	%
overmatig alcoholgebruik	301	18,5	72	3,7	373	10,5
alcoholafhankelijkheid	96	5,9	32	1,6	128	3,6
een van beide	397	24,4	104	5,4	501	14,1
vaak rijden onder invloed	352	21,7	82	4,2	434	12,2

Bron: Aertgeerts e.a., 1999

Aan de hand van de data van deze studie gingen Aertgeerts en Buntinx (2002) de relatie na tussen overmatig alcoholgebruik of alcoholafhankelijkheid en de academische prestaties van de eerstejaarsstudenten. Via een unieke identificatiecode werden de data van 3.518 studenten gekoppeld aan de officiële universiteitsresultaten. Er was geen significante relatie tussen overmatig alcoholgebruik en academische prestaties. De studenten die voldeden aan de criteria van alcoholafhankelijkheid

36. Overmatig alcoholgebruik is de vertaling van de term 'alcohol abuse' die in de DSM-IV gebruikt wordt en doorgaans als alcoholmisbruik wordt vertaald.

(N= 128; 3,6%) hadden 25% kans om niet geslaagd te zijn. Dit komt overeen met een risico op falen van 62,5% vergeleken met 50% bij niet-afhankelijke studenten.

Tussen oktober 2000 en eind mei 2001 werden de eerstejaarsstudenten van de K.U. Leuven opnieuw gescreend op overmatig alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid (Van Den Bruel e.a., 2004). De onderzoeksmethode is vergelijkbaar met het vorige onderzoek, alleen werd in plaats van het CAGE-instrument het CUGE-instrument geconstrueerd³⁷. 2.699 studenten namen deel aan de studie, 40,4% vrouwen en 59,6% mannen. De studenten waren gemiddeld 18,7 jaar. De prevalentie van probleemdrinken bedroeg 10,4% (281 studenten). Voor mannelijke studenten bedraagt de prevalentie 19,8% en voor vrouwen 3,9%. De prevalentie van overmatig alcoholgebruik was 7,4% (201 studenten) en van alcoholafhankelijkheid 3,0% (80 studenten).

In een gelijkaardige studentenpopulatie is het problematisch alcoholgebruik tussen en 2000/2001 afgenomen van 14% naar 10%. Vooral de prevalentie van overmatig alcoholgebruik is gedaald, wat echter ook te maken kan hebben met de wijzigingen in het screeningsinstrument.

6.2 De effecten van alcoholgebruik op de gezondheid

6.2.1 Morbiditeit

Overmatig alcoholgebruik houdt risico's in voor de lichamelijke gezondheid (Schrooten, 2004). Veel hangt af van de hoeveelheid alcohol die men drinkt, de frequentie van het drinken en de leeftijd en de sekse van de persoon. Vooral de lever en het zenuwstelsel zijn zeer gevoelig voor schade door alcoholgebruik. De 3 belangrijkste leveraandoeningen door excessief alcoholgebruik zijn vetlever, hepatitis en levercirrose. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen meer risico lopen op alcoholgerelateerde leveraandoeningen dan mannen. Vooral dagelijks overmatig drinken vergroot de kans op levercirrose. Op lange termijn uit de inwerking van alcohol op het zenuwstelsel zich in verschillende ziektebeelden. De 3 belangrijkste neurologische stoornissen ten gevolge van problematisch alcoholgebruik zijn perifere zenuwaandoeningen, het Wernicke-Korsakowsyndroom en delirium tremens. Neurologische aandoeningen komen driemaal vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.

Ook maagslijmvlies- en alvleesklierontsteking komen bij chronische drinkers frequent voor (Schrooten, 2004). De invloed van alcohol op hart en bloedvaten speelt zich af op verschillende vlakken. Ten eerste is er de invloed op de bloeddruk.

37. De CUGE-vragenlijst is een kort screeningsinstrument gebaseerd op de CAGE-vragenlijst. 3 vragen zijn gelijkaardig. Enkel de tweede vraag ("Raakt u wel eens geïrriteerd door opmerkingen van anderen over uw drinken?") werd vervangen door "Ben je wel eens onder invloed van alcohol geweest in een situatie met een verhoogd risico voor een ongeluk; bijvoorbeeld bij het fietsen, autorijden, het besturen van een vrachtwagen of een boot, bij het bedienen van een machine?".

Daarnaast zijn er de effecten op cerebrovasculaire aandoeningen (herseninfarct of beroerte) en coronaire hartziekten. Ten slotte kennen we de invloed van alcohol op de hartspier, hartritmestoornissen en cardiomyopathie. Intensief alcoholgebruik wordt geassocieerd met een verhoogd risico voor kanker aan de mondholte en de lever. Zwangere vrouwen die gedurende een lange periode erg veel alcohol drinken, hebben kans een kind met FAS te krijgen (Schrooten, 2004). Alcohol drinken tijdens de zwangerschap vergroot de kans op een spontane abortus, een doodgeboren kind en vroeggeboorte (Stichting Alcoholpreventie, 2005).

Het gebruik van alcohol hoeft niet altijd schadelijk te zijn. Algemeen is men het er in de wetenschappelijke literatuur over eens dat *matig* gebruik van alcohol beschermt tegen bepaalde vormen van hart- en vaatziekten, zoals coronaire hartziekten en het ischaemisch herseninfarct, diabetes, meerbepaald type-2-diabetes, en de ontwikkeling van galstenen (Schrooten, 2004).

Pacolet e.a. (2003) berekenden dat het jaarlijks aantal netto-opnamen in ziekenhuizen dat veroorzaakt wordt door alcoholconsumptie 19.085 bedraagt. De diagnoses die het grootste aantal alcoholveroorzaakte opnamen uitmaken, zijn alcoholverslavingssyndroom (10.902), alcoholische levercirrose (2.808), epilepsie (2.599) en alcoholmisbruik (2.511). Matige alcoholconsumptie kan ook een beschermende werking hebben op de gezondheid, waardoor sommige ziektes (vooral hart- en vaatziekten) vermeden worden. De aandoeningen waarvan het grootse voordeel in termen van vermeden opnamen in ziekenhuizen kan worden vastgesteld, zijn ischemisch hartlijden (6.839), cerebrovasculaire aandoeningen (6.153) en galstenen (1.738). Uiteindelijk blijken er jaarlijks 357.954 verpleegdagen door alcoholgebruik veroorzaakt te worden en 172.787 dagen door alcoholconsumptie te worden vermeden. In de psychiatrische ziekenhuizen (PZ) blijkt bijna 25% van de behandelde populatie alcoholgerelateerd te zijn.

6.2.2 Overlijdens

Het verband tussen alcoholgebruik en mortaliteit kan weergegeven worden in de vorm van een U-curve (White e.a., 2002). Dit betekent dat niet-drinkers en zware drinkers een hoger mortaliteitsrisico hebben dan lichte drinkers. Problematische gebruikers hebben 2 tot 5 maal meer kans om te sterven dan hun niet of matig drinkende leeftijdsgenoten (Schrooten, 2004). Onderzoekers berekenden dat de meeste zwaar alcoholafhankelijke mensen sterven tussen 54 en 59 jaar. Dit wil zeggen dat ze gemiddeld 15 jaar vroeger sterven dan de personen uit de niet-drinkende controlegroep. Verder stelde men vast dat vooral mensen die op de leeftijd 35-44 jaar problematisch drinken, een hoger risico hebben om vroegtijdig te sterven.

De preciese vorm van de U-curve is afhankelijk van leeftijd en sekse. White e.a. (2002) kwantificeerden het risico op sterfte voor mannen en vrouwen rekening,

houdend met de leeftijd. Voor vrouwen is er een positieve relatie tussen drinken en mortaliteit tot de leeftijd van 35-44 jaar. De U-curve duikt pas op vanaf 45-54 jaar. Voor mannen onder de 35 is de curve nog steiler dan voor vrouwen maar de U-curve verschijnt op de leeftijd van 35-44 jaar.

Het globaal mortaliteitsrisico is het laagst voor mannen die 7-14 eenheden per week drinken en voor vrouwen die minder dan 7 eenheden per week drinken (White e.a., 2002).

Voor Vlaanderen maakten Baert e.a. (2001) een inschatting van de DALY's op basis van gegevensbanken van 1997. Alcoholafhankelijkheid (probleemdrinken en organische afwijkingen) is de tweede voornaamste aandoening verantwoordelijk voor 12,46% van de DALY's ofwel 150.536,65 verloren levensjaren. Alcoholafhankelijkheid weegt vooral op de factor verloren levensjaren door ziekte (YLD). Bij mannen gaat er door alcoholafhankelijkheid een groter aantal levensjaren verloren dan bij vrouwen (respectievelijk 103.385,11 versus 47.151,54 jaar).

Uit berekeningen van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap blijkt dat in 2002 10,9 mannen per 100.000 en 4,2 vrouwen per 100.000 inwoners stierven ten gevolge van alcohol (Cloots e.a., 2004). Sterfgevallen als gevolg van overmatig alcoholgebruik stellen zich vooral vanaf 45 jaar. Het grootste aantal sterft door alcoholische leveraandoeningen (67% mannen en 81% vrouwen). Alcoholmisbruik werd in de periode 2001-2002 vermeld als secundaire doodsoorzaak bij 56 zelfmoorden, 202 hartdoden en bij 188 ongevallen en trauma's.

Op basis van de statistiek van de doodsoorzaken kunnen we de overlijdens als gevolg van alcoholgebruik meer in detail bekijken volgens, sekse, leeftijd en specifieke doodsoorzaak³⁸. Bij mannen constateren we een piek in de alcoholgerelateerde sterfte in de leeftijdsgroep 45-64 jaar (grafiek 6.4). Bij de vrouwen zijn de sterften toe te schrijven aan alcohol gelijkmatiger over de verschillende leeftijds-categorieën verdeeld, hoewel de meeste sterften als gevolg van alcoholgebruik ook bij vrouwen opgetekend worden tussen 45 en 64 jaar.

38. Deze overlijdensstatistieken zijn gebaseerd op de overlijdenscertificaten die de arts invult. Maandelijks worden deze door de gemeentebesturen doorgestuurd naar de Administratie Gezondheidszorg van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Op de entiteit beleidsondersteuning wordt de diagnose van de arts omgezet in een ICD-10-code (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Deze omzetting gebeurt volgens vaste regels, zodanig dat bepaalde categorieën primeren op de andere. Wanneer de arts op het overlijdenscertificaat bijvoorbeeld overlijden door alcoholintoxicatie op alcoholmisbruik aanduidt, dan geeft de Vlaamse administratie de code van alcoholmisbruik. Is er bijvoorbeeld een combinatie van intoxicatie door medicatie en alcohol, dan zal de code voor intoxicatie door medicatie worden aangeduid. Zijn er lichamelijke oorzaken, dan worden deze in eerste instantie weergegeven. Gebeurt er een ongeval en is de persoon onder invloed van alcohol, dan wordt steeds het ongeval als doodsoorzaak vermeld. Het is bijgevolg moeilijk om op basis van deze cijfers exacte uitspraken te doen over de overlijdensoorzaken als gevolg van middelengebruik. Ze zijn louter indicatief. Bovendien dienen we hier op te merken dat deze statistiek enkel gevalideerd is op medische informatie.

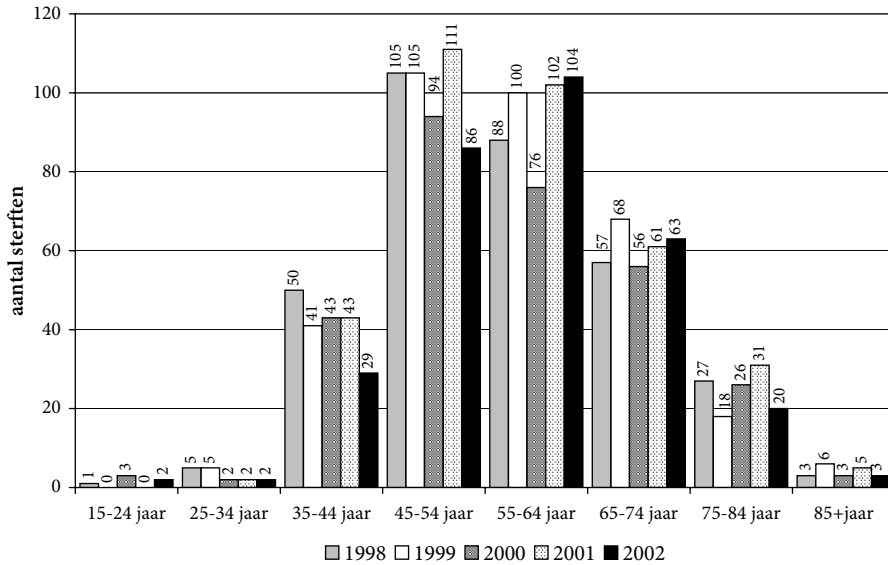
Voor het genereren van de alcoholgerelateerde sterfte worden de volgende doodsoorzaken weerhouden:

- Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van alcohol (F10): alcoholintoxicatie (F1000), misbruik van alcohol (F1010), alcoholafhankelijkheid (F1020), onthouding van alcohol (F1030), delirium door alcoholonthouding (F1040), persisterende amnestische stoornis door alcohol (F1060), persisterende dementie door alcohol (F1070).
- Zenuw- en spieraandoeningen door alcoholgebruik: degeneratie zenuwstelsel door alcoholgebruik (G31.2), alcoholische polyneuropathie (G62.1), alcoholische myopathie (G72.1), alcoholische cardiomyopathie (I42.6).
- Alcoholische leverziekte (K70): acute alcohol hepatitis (K7010), alcoholische levercirrose (K7030), alcoholische leverinsufficiëntie (K7040), alcoholische leverziekte (K7090).
- Zelfmoord: opzettelijke auto-intoxicatie door alcohol (X65).
- Vergiftiging: onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan alcohol (X45, Y15).
- Andere: alcoholische gastritis (K29.2), chronische pancreatitis door alcoholgebruik (K86.0), pseudo-cushingsyndroom door alcoholgebruik (E24.4), schade aan kind door alcoholgebruik moeder (O35.4, P04.3, Q86.0).

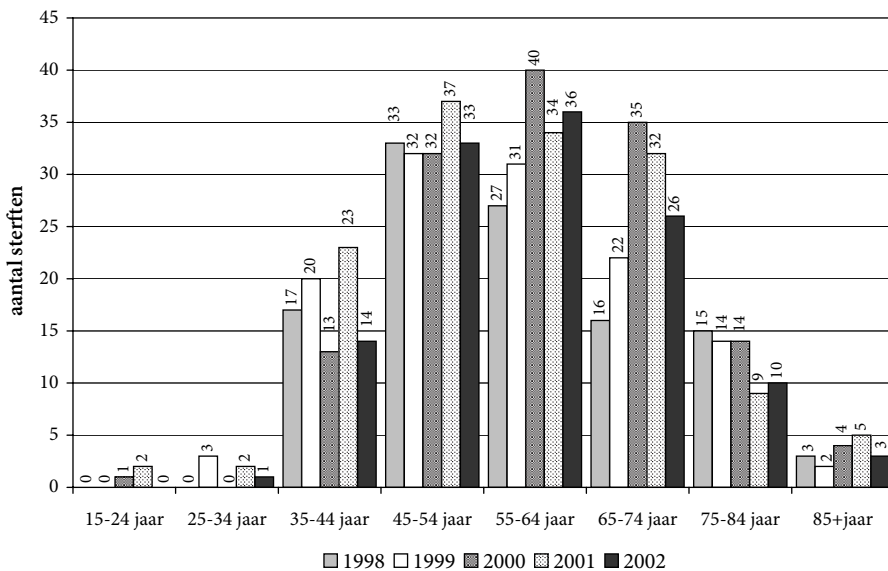
In de periode 1998-2002 daalde het totaal aantal sterften als gevolg van alcoholgebruik van 447 naar 432 (-3,4%). Bij mannen nam het aantal sterften door alcoholgebruik af bij de groep van 25-54 jaar en bij de 75-84-jarigen (grafiek 6.4). Bij de 55-74-jarigen steeg het aantal alcoholgerelateerde sterften.

Bij vrouwen merken we procentueel gezien een nog grotere stijging van het aantal sterften toe te schrijven aan alcoholgebruik bij de leeftijdsgroep 55-74 jaar (grafiek 6.5). Het aantal alcoholgerelateerde overlijdens bleef constant bij de 45-54-jarige vrouwen.

Grafiek 6.4 Evolutie van het aantal sterften door alcoholgebruik bij mannen naar leeftijd (1998-2002)



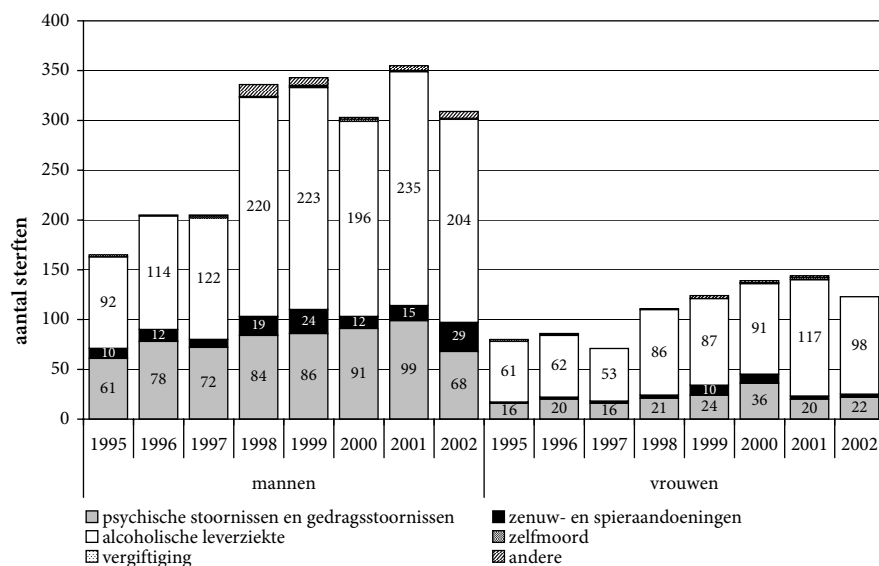
Grafiek 6.5 Evolutie van het aantal sterften door alcoholgebruik bij vrouwen naar leeftijd (1998-2002)



Bron: Vlaamse Overheid, 2004a-c, 2005a-b

Zowel bij mannen als bij vrouwen zijn de meeste sterften toe te schrijven aan alcohol, te wijten aan alcoholische leverziekte (grafiek 6.6). Tussen 1995 en 2002 stierven er 21,7% meer mannen aan deze aandoening terwijl het aandeel overleden vrouwen door levercirrose met maar liefst 60,7% toenam. Sterfte als gevolg van psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van alcohol komt minder vaak voor, maar toch is dat de tweede belangrijkste doodsoorzaak. Het aantal overlijdens door psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van alcohol is zowel bij mannen als vrouwen iets toegenomen in de periode 1995-2002. Sterfte als gevolg van alcoholische zenuw- en spieraandoeningen komt nog minder voor, maar deze doodsoorzaken hebben vooral bij de mannen wel aan belang gewonnen. In 1995 waren er 10 sterfgevallen bij mannen te wijten aan deze aandoening, in 2002 29. Zelfmoord of onopzettelijke vergiftiging door alcoholgebruik komt zeer weinig voor. Bij de andere doodsoorzaken is het voornamelijk alcoholische pancreatitis die nog voor een beduidend aantal overlijdens zorgt.

Grafiek 6.6 Evolutie van het aantal sterften door alcoholgebruik volgens doodsoorzaak en sekse (1995-2002)



Bron: Vlaamse Overheid, 2004a-c, 2005a-c

6.3 Sociale gevolgen van alcoholgebruik

Peter Ruymbeke³⁹

Onderzoek naar de gevolgen van alcoholgebruik concentreerde zich gedurende lange tijd voornamelijk op de impact van alcohol op de lichamelijke gezondheid van de gebruiker. Er werd met andere woorden vooral aandacht besteed aan de lichamelijke schade die gepaard kan gaan met alcoholgebruik en -misbruik. Een massa onderzoeken werd aan deze thematiek gewijd en de resultaten wijzen op een brede waaier aan potentiële negatieve gevolgen (zie hoofdstuk 6.2).

De laatste jaren merken we zowel in het publieke debat als in het wetenschappelijk onderzoek een tendens tot verbreding van het schadebegrip: de gevolgen van het alcoholgebruik worden niet langer enkel gedefinieerd in termen van gezondheidseffecten voor de individuele gebruiker, ook de sociale gevolgen worden in kaart gebracht. Alcohol heeft immers niet alleen schadelijke gevolgen voor de *individuele drinker*, maar werkt ook door in zijn *sociale omgeving* (denken we bijvoorbeeld aan de gezins- of arbeidscontext). Bovendien volstaat het om de invloed van alcoholgebruik op economische productiviteit, de kostprijs van vernielingen en vandalisme door dronken jongeren of de mobilisatie van mensen en middelen binnen het strafrechtsapparaat, de gezondheidszorg en andere maatschappelijke instituties aan te halen, om duidelijk te maken dat alcohol ook een impact heeft op de *samenleving* als geheel (Gmel & Rehm, 2003).

De sociale gevolgen van alcohol omvatten een breed en gevarieerd spectrum fenomenen. In een poging dit brede spectrum af te bakenen stelt Klingemann (2001a) volgende definitie voor:

“De sociale gevolgen van alcohol zijn de veranderingen in individueel sociaal gedrag, sociale interactie en sociaal milieu die subjectief of objectief kunnen toegeschreven worden aan alcohol” (Klingemann, 2001a, 2).

Vertrekkende van deze definitie bespreken we in hoofdstuk 6.3 welke rol alcohol kan spelen binnen het gezin, in de arbeidscontext, in agressie en geweld, in (verkeers)ongevallen en in alcoholgerelateerde misdrijven waaronder rijden onder invloed. Alvorens deze bespreking aan te vatten, is het nuttig nog kort iets te zeggen over de causaliteit in de onderzochte relaties: kan alcohol ondubbelzinnig gezien worden als oorzaak van deze sociale gevolgen?

Een eerste belangrijke nuance die gemaakt dient te worden: wetenschappelijke resultaten zijn voor een groot stuk afhankelijk van het gebruik van objectieve defi-

39. Student criminologische wetenschappen Universiteit Gent en in het kader van deze opleiding stagiair bij VAD (periode: september - oktober 2005).

nities en meetmethodes. Het spreekt voor zich dat de interpretatiemarges kleiner zijn bij het definiëren, bestuderen en meten van de impact van alcohol op medisch-biologische fenomenen (bijvoorbeeld orgaanschade), dan voor complexe en minder strikt afgelijnde sociale fenomenen als criminaliteit of de arbeidssituatie.

Een tweede belangrijke nuance heeft te maken met causaliteit: het samen voorkomen van 2 fenomenen betekent nog niet dat er ook een causaal verband bestaat tussen beide (Pernanen, 2001). Bij het bestuderen van de sociale gevolgen van alcohol is dergelijke achtergrondkennis en inzicht in de causale logica van de complexe interactie tussen de bestudeerde fenomenen meestal onvoldoende voorhanden, waardoor het onmogelijk is de gevonden correlatie ook daadwerkelijk in causale termen te interpreteren. Wel kan men stellen dat alcohol een contribuerende factor is, maar men dient dit onmiddellijk en consequent te nuanceren in de zin dat alcohol zelden de enige determinerende factor is. Bijgevolg kan men 'de sociale gevolgen van alcohol' misschien nog het best interpreteren als 'de gevolgen die vaak samen met alcoholgebruik voorkomen.' Wat volgt, dient dus eerder gelezen te worden in termen van probabiliteit (verhoogd risico op) dan in termen van causaliteit (Klingemann, 2001a).

6.3.1 Impact op gezin en kinderen

Een van de meest kwetsbare groepen voor de sociale gevolgen van alcoholgebruik wordt gevormd door de directe omgeving van de alcoholgebruiker: zijn/haar gezin en kinderen. De gevolgen voor de directe omgeving van de drinker kunnen van drieërlei aard zijn (Maffli, 2001). De directe verwanten van de drinker kunnen het slachtoffer worden van misbruik of ander onaanvaardbaar gedrag (bijvoorbeeld fysiek geweld, verwaarlozing, seksueel misbruik). In tweede instantie kunnen de gevolgen van economische of sociale aard zijn. Deze zijn minder direct maar kunnen het gezin sociaal isoleren (bijvoorbeeld verlies van inkomen door moeilijkheden op het werk of werkloosheid). Ten slotte situeren de gevolgen zich ook op relationeel vlak wat kan leiden tot het uit elkaar vallen van het gezin.

Kinderen

Alcoholgebruik door de ouders kan op verschillende momenten en op verschillende niveaus de ontwikkeling van een kind beïnvloeden. De effecten van parentaal alcoholgebruik doorheen de verschillende ontwikkelingsfasen van foetus tot adolescent zijn onderwerp van een groot aantal studies die de gevolgen van alcoholgebruik prenataal, tijdens de periode volgend op de zwangerschap (borstvoeding) en gedurende de verdere ontwikkeling van het kind tot voorbij de adolescentie in kaart brengen.

PRENATAAL

Ouderlijk alcoholgebruik kan een kind al voor de eigenlijke geboorte – al dan niet genetische – schade toebrengen. Het FAS is een direct gevolg van alcoholgebruik door de moeder tijdens de zwangerschap. In westerse landen (Australië, Nieuw Zeeland, Zweden, Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten) wordt minstens 1 kind op de 3.000 geboren met FAS (Klingeman, 2001a). Deze kinderen worden gekenmerkt door groeistoornissen, anomalieën aan gezicht en schedel en dysfuncties in het centraal zenuwstelsel. Hun ontwikkeling wordt ook op latere leeftijd gekenmerkt door leer- en geheugenproblemen, concentratiemoeilijkheden en een laag probleemoplossend vermogen. De door blootstelling aan alcohol aangerichte schade aan hersenen en centraal zenuwstelsel van de foetus is onomkeerbaar en blijft zich voor de rest van het leven uiten in cognitieve, motorische en mentale problemen. Voor alle duidelijkheid: niet alle kinderen waarvan de moeder gedurende de zwangerschap alcohol dronk, ontwikkelen FAS (Maffli, 2001). Het risico neemt toe met de hoeveelheid alcohol die de moeder drinkt maar hangt ook af van andere factoren zoals voedingstekorten, roken, gebruik van andere drugs en genetische factoren.

In België is nog niet onderzocht hoeveel kinderen worden geboren met FAS of andere alcoholgerelateerde geboortefwijkingen.

POSTNATAAL

Kindermishandeling kan een ander direct gevolg zijn van alcoholgebruik door de ouders (Gmel & Rehm, 2003). Volgens evidentie uit casestudies is alcoholgebruik in 16% van de gevallen een oorzaak van kindermishandeling. Isolatie, eenzaamheid, kinderverwaarlozing en -misbruik komen veel vaker voor in gezinnen waarin sprake is van alcoholmisbruik (Klingemann, 2001a).

Wanneer een van de ouders of beide ouders drinken, werkt dit ook op allerlei manieren door op het milieu waarin het kind opgroeit (Gmel & Rehm, 2003). Alcoholgebruik speelt een rol in wat men ‘*poor parenting*’ of – vrij vertaald – ‘zwak ouderschap’ of een ‘zwakke opvoeding’ noemt. Voorbeelden hiervan zijn het inconsistent bekrachtigen van goed gedrag, onduidelijkheid over het door de ouders verwachte gedrag, interacties tussen ouder en kind louter baseren op dwang. Gezinnen met een alcoholprobleem zijn ook kwetsbaarder voor huwelijksconflicten en echtscheiding.

Drinken kan resulteren in mentale gezondheidsproblemen van de gezinsleden: partner of kinderen kunnen het slachtoffer worden van agressie, angst en depressies (WHO, 2004).

Alcoholgebruik en -misbruik ondermijnen niet alleen de prestatie als ouder en echtgenoot, het kan ook op andere manieren een invloed uitoefenen: in veel culturen gebeurt het drinken voornamelijk buitenshuis, wat vanzelfsprekend een im-

pact heeft op de tijd die beschikbaar is voor of gespendeerd wordt aan het gezinsleven (WHO, 2004).

De financiële kant van het alcoholgebruik beïnvloedt eveneens het opgroeiende kind: de financiële kosten van de alcoholconsumptie kunnen, zeker in gevallen van alcoholafhankelijkheid, zwaar wegen op het gezinsbudget en via deze weg invloed uitoefenen op zowel de lichamelijke gezondheid als de omgeving van het kind en zorgen voor een extra belasting van de ouderrol (WHO, 2004). Recent onderzoek suggereert dan ook dat de negatieve effecten van alcoholgebruik op de gezondheid van kinderen voornamelijk tot stand komen door 2 indirecte effecten: het beschikbare huishoudbudget en de tijd die de verzorger kan besteden aan de opvoeding van het kind.

Wanneer een van de ouders of beiden geïntoxiceerd zijn, stelt men bovendien een verhoogd risico op ongevallen in huis vast en ook de kans op intrafamiliaal geweld neemt op deze momenten toe (WHO, 2004).

Cijfers over deze thematiek zijn voor België niet beschikbaar. De vertrouwensartsencentra kindermishandeling registreerden tot 1996 wel in welke mate de aangemelde problematieken te maken hadden met een alcoholproblematiek in het gezin maar erna niet meer.

Uit de registratiecijfers van de kinder- en jongerentelefoon kan op dit ogenblik niet afgeleid worden of jongeren bellen rond de thematiek ouders met een alcoholprobleem.

Op dit moment laten de registratiedata van de bijzondere jeugdzorg evenmin toe om iets te zeggen over de aanwezigheid van een alcoholproblematiek bij de minderjarigen of de gezinnen.

INTERGENERATIONEEL DOORGEVEN

Kinderen van ouders met een alcoholprobleem lopen een verhoogd risico om later zelf problematisch drinkgedrag te vertonen (Maffli, 2001). Afhankelijk van het onderzoek en de in rekening gebrachte variabelen wordt deze kans 2 tot 10 maal hoger ingeschat dan voor kinderen waarvan de ouders niet drinken. Naast een genetische kwetsbaarheid en de van de ouders overgenomen verwachtingen over de effecten van alcohol spelen er ook gezinsgebonden risicofactoren (bijvoorbeeld lage gezinscohesie, kinderverwaarlozing of kindermishandeling) mee. De factoren die bijdragen tot het intergenerationeel doorgeven opereren niet geïsoleerd. Het is net de interactie tussen genetische en omgevingsfactoren die het risico op overdracht kunnen verhogen.

Voor België zijn er geen data waaruit we exact kunnen afleiden hoeveel kinderen een ouder hebben die te veel drinkt.

Eurocare (1998) berekende op basis van Finse en Deense schattingen het aantal kinderen met ouders met een alcoholprobleem voor elk EU-land. Zo zouden in België naar schatting 183.000 kinderen onder de 15 jaar een ouder hebben die te veel drinkt.

In het registratieonderzoek over de alcohol- en drughulpverlening in de provincie Antwerpen werd de leefsituatie van de cliënten nagegaan (Colpaert e.a., 2005). 14,1% van de cliënten die uitsluitend alcohol en/of medicatie gebruiken, woont samen met partner en kinderen, 5,1% woont alleen met kinderen. Voor bijna 9 op de 10 van deze cliënten is alcohol het voornaamste product. Vrouwen leven significant vaker alleen met hun kinderen dan mannen (11,0% versus 2,1%).

De studie van OIVO (2005) bij jongeren tussen 10 en 17 jaar stelde vast dat 16% van de jongeren zegt dat hun vader elke dag alcohol drinkt. 9% van de jongeren zegt dat hun moeder dagelijks drinkt. Dit onderzoek toont tevens aan dat 55% van de jongeren uit gezinnen waar beide ouders drinken, zelf alcohol drinkt tegenover 27% van de jongeren uit gezinnen waar de ouders geen alcohol drinken.

Partner

Alcoholgebruik laat niet alleen sporen na bij de kinderen in een gezin, het heeft ook een effect op de partner in diens dubbele rol als levenspartner en ouder. Partnergeweld, maar ook de impact op de mentale gezondheid en de levensstandaard, vormen net als de extra belasting van de niet-drinkende partner in zijn/haar economische en zorgende rol, niet te onderschatten mogelijke sociale gevolgen van alcoholgebruik.

PARTNERGEWELD

Onderzoek heeft aangetoond dat alcohol in een substantieel aandeel van het huiselijk geweld aanwezig is. Het meest frequent voorkomende patroon dat teruggevonden wordt is huiselijk geweld waarbij zowel dader als slachtoffer drinken. Studies tonen aan dat er een sterke en consistente relatie bestaat tussen alcohol en huiselijk geweld, maar dat deze complex is (WHO, 2004).

Een Zwitserse studie schat het aandeel van alcohol in situaties met huiselijk geweld op minstens 26% (WHO, 2004). In de *National Crime Victimization Survey* in de Verenigde Staten antwoordt 65% van de slachtoffers van partnergeweld positief, wanneer gevraagd wordt of alcohol een factor was in het geweld. Voor geen enkele andere vorm van misdaad wordt zo'n hoog percentage gerapporteerd (Gmel & Rehm, 2003).

Hoewel een groot aantal van de verklaringen voor de link tussen alcohol en geweld ook lijkt op te gaan voor zowel geweld tussen partners als voor geweld tussen niet-partners, brengt onderzoek een aantal verschillen aan het licht (Gmel & Rehm,

2003). Vastgesteld wordt dat alcoholgerelateerd geweld meer voorkomt tussen partners dan tussen niet-partners. Het feit dat partners samenwonen, creëert meer gelegenheid voor gewelddadige botsingen en kan deels verantwoordelijk zijn voor de hogere associatie. De intoxicatie-victimisatiehypothese die stelt dat vrouwen onder invloed van alcohol meer kans hebben om doelwit van geweld te worden, lijkt minder op te gaan voor partnergeweld dan dat het geval is voor geweld tussen niet-partners. Sommige – niet alle – studies wijzen op een verhoogd risico op partnergeweld wanneer beide partners excessief drinken.

Hoewel er nog weinig twijfel bestaat over de correlatie tussen alcoholgebruik en partnergeweld wordt een verdere uitdieping en verklaring van het verband bemoeilijkt door een aantal methodologische tekortkomingen (Gmel & Rehm, 2003). Zo is het, door het ontbreken van accurate gegevens met betrekking tot drinkpatronen en gemiddelde alcoholconsumptie, niet mogelijk te achterhalen in welke mate er verschillen bestaan tussen de rol van regelmatig excessief drinken en occasioneel excessief (binge-)drinken. Een studie die de verschillen in drinkpatronen wel in het onderzoeksopzet opnam, kwam tot de conclusie dat het percentage gewelddadige partners lineair toenam vertrekkende bij de mensen die niet drinken, over gematigde drinkers tot binge-drinkers. Iets minder dan een vijfde (19,4%) van de gematigde drinkers was onder invloed ten tijde van het partnergeweld, terwijl dit voor de groep van de binge-drinkers net niet de helft (48,4%) bedroeg. Deze studie ondersteunt dus de idee dat de kans op partnergeweld niet alleen hoger ligt bij de groep alcoholafhankelijke of probleemdrinkers, maar dat dit ook zo is bij mensen die occasioneel zwaar drinken.

Uit het voorgaande kunnen we besluiten dat tal van onderzoeken in verschillende settings en culturen evidentie vinden voor het bestaan van een sterke correlatie tussen alcoholgebruik en huiselijk geweld. Verder onderzoek en methodologische vooruitgang zijn noodzakelijk om meer inzicht te krijgen in de verschillende mechanismen die deze correlatie kunnen verklaren. Naast een aantal overeenkomsten met de bevindingen van het onderzoek naar de rol van alcohol in geweld en agressie tussen niet-partners, is er echter een aantal belangrijke verschillen die suggereren dat partnergeweld tot op zekere hoogte eigen dynamieken volgt. Wel kunnen we besluiten dat alcohol een belangrijke katalysator voor huiselijk geweld kan zijn, ook voor mensen die niet alcoholafhankelijk zijn maar occasioneel zwaar drinkgedrag vertonen.

ANDERE GEVOLGEN VOOR DE PARTNER

In de literatuur vinden we naast partnergeweld nog talrijke gevolgen die alcoholgebruik kan hebben op de partner. Alcoholgebruik kan een extra belasting van de partner in zijn/haar rol als ouder, echtgeno(o)t(e) of kostwinner betekenen. Alcoholgebruik van de partner kan op verschillende manieren bijdragen aan economische problemen en/of armoede voor het gezin. De hogere medische uitgaven voor (frequenter voorkomende) ziekten en ongevallen, het inkomensverlies resulterend

uit gemiste arbeidsdagen en een lagere productiviteit, de hogere kosten resulterend uit overtredingen die voortkomen uit het alcoholgebruik en de kosten voor de aankoop van alcohol zelf, zijn maar enkele voorbeelden van de manier waarop alcohol op het gezinsbudget kan wegen (WHO, 2004).

6.3.2 *Werk*

De relatie tussen alcohol en werk is uitvoerig bestudeerd: niet alleen vinden we een groot aantal onderzoeken in een groot aantal verschillende landen terug, we vinden ook een brede verscheidenheid in bestudeerde relaties én bevindingen. Uit de resultaten van de gevoerde onderzoeken blijkt afdoende dat alcoholgebruik een invloed heeft op werkgebonden factoren, maar door de complexe interacties tussen individuele en omgevingsfactoren zijn richting en aard van dit verband vaak moeilijker eenduidig vast te stellen.

Uit de analyse van de kosten en baten van alcoholgebruik van Pacolet e.a. (2003) blijkt dat de directe kost in de werkomgeving het grootst is en ruim een derde van de totale kostprijs bedraagt (zie ook hoofdstuk 6.4).

Werkloosheid, werk en inkomen

Alvorens de eigenlijke arbeidsgelateerde effecten van alcoholgebruik te bespreken, is het belangrijk aan te stippen dat in een aantal studies een verband wordt aangetoond tussen excessief drinken of alcoholmisbruik en de job die men al dan niet uitoefent.

Er blijkt een relatie te bestaan tussen excessief drinken of alcoholmisbruik en *werkloosheid*: mensen die meer drinken, zijn vaker werkloos. Dit verband kan in 2 richtingen werken: enerzijds hebben mensen die meer drinken een hoger risico om hun baan te verliezen, anderzijds kan het zo zijn dat werkloosheid aanleiding geeft tot een hogere alcoholconsumptie die kan evolueren tot excessief drinken (Klingemann & Gmel, 2001).

Alcoholgebruik blijkt niet alleen gerelateerd aan het hebben van een job, het blijkt ook gerelateerd aan het *inkomen* en het soort job dat mensen uitoefenen (INSERM, 2003). Algemeen gezien stelt men vast dat men, tot op het niveau van een consumptie van een eenheid alcohol per dag, een positieve relatie vindt tussen alcohol en inkomensniveau, maar dat vanaf 5 geconsumeerde eenheden per dag deze relatie negatief wordt: wie meer drinkt, blijkt minder te verdienen.

Een aantal studies stelt vast dat het gemiddeld inkomen bij huishoudens gekenmerkt door buitensporig alcoholgebruik 31% lager ligt dan in vergelijkbare huishoudens zonder alcoholproblematiek (INSERM, 2003). Alcoholmisbruik en -af-

hankelijkheid reduceren het inkomen in de groep 18-24-jarigen met gemiddeld 1%, voor de groep tussen 55 en 64 jaar kan dit oplopen tot meer dan 10%.

Cattaert & Pacolet (2004) stelden na berekeningen op de resultaten van de Belgische gezondheidsenquête van 2001 een positieve correlatie vast tussen de hoogte van het equivalent inkomen en het aantal geconsumeerde glazen per week (tabel 6.3). Naarmate het equivalent inkomen stijgt, neemt ook het aantal gedronken glazen toe zowel tijdens de week als tijdens het weekend.

Tabel 6.3 Gemiddeld aantal geconsumeerde glazen tijdens de week en het weekend volgens equivalent inkomen (2001)

gemiddeld aantal gedronken glazen alcohol	equivalent inkomen in EUR				
	< 500	500-750	750-1.000	1.000-1.500	>1.500
werkweek	1,24	1,71	2,48	2,49	3,55
weekend	2,22	2,86	3,48	3,99	5,42
totaal week	3,47	4,57	5,97	6,48	8,97

Bron : Cattaert & Pacolet, 2004

Wat het *soort jobs* betreft, zijn er 2 in het oog springende vaststellingen: 73% van de mannen tussen 30 en 44 jaar met een alcoholprobleem heeft een fulltime betrekking, terwijl dit voor mensen zonder alcoholprobleem 88% bedraagt (INSERM, 2003). Dit verschil wordt nog groter voor de leeftijdscategorie 45-59-jarigen, waar de percentages respectievelijk 68% en 86% bedragen. Andere opmerkelijke bevinding: excessieve drinkers vinden we meer terug in de zogenaamde *'blue collar job'* (handenarbeid centraal). In *'white collar jobs'* (geestelijke arbeid centraal) verdienen excessieve drinkers gemiddeld 15% minder dan collega's die geen alcoholprobleem hebben.

In de resultaten van de Belgische gezondheidsenquête van 2001 bekeken Cattaert & Pacolet (2004) het alcoholverbruik van verschillende beroepsstatuten (tabel 6.4). Daaruit komt een hoge alcoholconsumptie van ondernemingsleiders en de vrije beroepen naar voor. Wel moet rekening gehouden worden met het klein aantal respondenten in deze beroepscategorie.

Tabel 6.4 Gemiddeld aantal geconsumeerde glazen tijdens de week en het weekend volgens beroepsstatuut (2001)

gemiddeld aantal gedronken glazen alcohol	beroepsstatuut					
		arbeider, bediende, ambtenaar n=3.714	kleine zelfstan- dige n= 263	land- bouwer n= 61	vrij beroep n= 195	onderne- mings- leider n= 55
	werkweek	2,52	3,22	1,90	4,10	4,66
	weekend	4,62	4,56	2,56	6,22	5,40
	totaal week	7,14	7,88	4,47	10,32	10,05

Bron : Cattaert & Pacolet (2004)

Absenteïsme, arbeidsproductiviteit en sfeer op het werk

Heel wat studies onderzochten de rol die alcohol speelt in absenteïsme. De resultaten van de verschillende onderzoeken zijn allesbehalve eensluidend: sommige studies vinden geen significant verband, andere studies vinden lagere afwezigheidsniveaus bij zware drinkers dan bij lichtere drinkers, terwijl nog andere studies een U-curve vinden voor het verband tussen drinken en absenteïsme. Dit laatste zou betekenen dat gematigde drinkers het minst vaak afwezig blijven, terwijl zowel zware drinkers als mensen die weinig drinken meer afwezig zijn (Gmel & Rehm, 2003).

Op het eerste zicht lijkt alcohol niet zo'n determinerende rol te spelen in absenteïsme en de hiermee verbonden economische verliezen. Een van de mogelijke verklaringen hiervoor kan zijn dat mensen met een drankprobleem zich toch steeds aanmelden op hun werk om op die manier hun alcoholprobleem te verstoppen voor de buitenwereld én de werkgever. Ook praktische redenen zoals het proberen vermijden van ontslag kunnen een verklaring zijn (Gmel & Rehm, 2003). Dit kan ook verklaren waarom de meerderheid van de groep die afwezig blijft wegens ziekte ten gevolge van overmatig drinken, tot de groep gematigde drinkers behoort. Deze vorm van alcoholgerelateerd absenteïsme blijft in de praktijk trouwens beperkt tot een zeer korte afwezigheid, te wijten aan een kater na occasioneel overmatig alcoholgebruik (Klingemann, 2001a).

Onderzoek toont overigens wel aan dat zware drinkers op jaarbasis meer ziekte-dagen (dus niet ten gevolge van acute intoxicatie) laten noteren dan andere werknemers (INSERM, 2003).

Hoewel de impact van alcoholgebruik op absenteïsme eerder klein is, is de impact op een aantal andere maatstaven veel groter: de sterkste verbanden werden gevon-

den tussen alcoholconsumptie en te laat komen op het werk, vroegtijdig het werk verlaten en een lager arbeidsvolume, terwijl slechts een zwak verband werd gevonden voor het aantal gemiste werkdagen (Gmel & Rehm, 2003). Dit suggereert dat alcoholgebruik wel degelijk een belangrijk effect heeft op de arbeidsprestaties, maar dat dit effect veel meer betrekking heeft op arbeidsproductiviteit.

Ook kleine hoeveelheden alcohol kunnen gevolgen hebben voor de werkprestaties zoals langere reactietijd, slechte motorische prestaties of beperktere visuele opname (De Fuentes-Merillas & Bijl, 2000).

Alcohol werkt op de werkvloer ook nog door op andere vlakken: alcohol speelt een rol in het ontstaan en instandhouden van een slechte werksfeer en een lage arbeidsmoraal en is gerelateerd aan allerlei vormen van ongepast en onwenselijk gedrag zoals pesterijen, seksuele intimidatie en diefstal (Babor e.a., 2003).

Arbeidsongevallen

Internationaal vinden we, ondanks het belang van deze materie, weinig recente, omvattende en belangrijke onderzoeken met precieze cijfers over de rol van alcohol in arbeidsongevallen (INSERM, 2003). In Frankrijk schat men dat 10-20% van de arbeidsongevallen rechtstreeks aan alcohol te wijten is. Cherpitel schat de rol van alcohol in arbeidsongevallen voor de Verenigde Staten op 15% (Cherpitel, 1992). Recent onderzoek bij de Nederlandse beroepsbevolking wees op een relatie tussen betrokkenheid bij arbeidsongevallen en totaal alcoholgebruik uitgedrukt in gemiddeld aantal gedronken glazen per week (Schutten e.a., 2003). Respondenten die wel eens betrokken waren bij een arbeidsongeval drinken meer alcohol. Daarnaast waren excessieve drinkers vaker betrokken bij een bedrijfsongeval dan gematigde drinkers.

In de meeste gevallen wordt de samenhang tussen alcoholgebruik en arbeidsongevallen in de officiële statistieken verborgen. Dergelijke ongevallen worden bijvoorbeeld ondergebracht bij 'onzorgvuldigheid, onoplettendheid' en dergelijke (Pacolet e.a., 2003). Uit buitenlands onderzoek kan geconcludeerd worden dat alcoholgebruik het risico op arbeidsongevallen met 2 tot 3% verhoogt. Voor België beschikken we niet over cijfers.

Alcoholconsumptie lijkt minder vaak voor te komen in arbeidsongevallen dan in andere ongevallen (Gmel & Rehm, 2003). De verschillende onderzoeken concluderen dat alcohol 2 tot 3 keer minder voorkomt in arbeidsongevallen dan bij verkeersongevallen (INSERM, 2003). Deze opmerkelijke vaststelling kan verklaard worden door het feit dat de groep gematigde drinkers vaker wegblijft van het werk als ze te veel gedronken hebben en door het feit dat er in het weekend gedronken wordt, wat mensen de tijd geeft om te recupereren alvorens ze zich opnieuw naar het werk begeven (Gmel & Rehm, 2003). Het is ook mogelijk dat opzichters pro-

bleemdrinkers van aangepast werk voorzien of bepaalde voorzorgen nemen om het risico op arbeidsongevallen bij de probleemdrinker zo klein mogelijk te maken (De Fuentes-Merillas & Bijl, 2000).

6.3.3 Agressie en geweld versus alcoholgebruik

In de literatuur worden de termen agressie en geweld vaak door elkaar en onderling inwisselbaar gebruikt (Gmel & Rehm, 2003). Agressie, de meer omvattende term, wordt gedefinieerd als handelen met de bedoeling iemand anders op een of andere manier schade toe te brengen. Dit kan verbaal of indirect zijn (bijvoorbeeld sociale uitsluiting) of leiden tot materiële schade (bijvoorbeeld vandalisme). Geweld wordt iets specifiekier omschreven als de intentionele fysieke agressie die door een persoon tegen een andere persoon gepleegd wordt, en kan resulteren in ernstig ongemak of verwondingen. Er is evidentie gevonden voor de link tussen alcohol en geweld in zowel experimentele als observationele studies, zowel op individueel als op aggregaatsniveau. Er rest echter nog steeds de vraag of alcoholgebruik causaal verband houdt met agressief gedrag.

De rol van alcohol bij agressie en geweld tegenover anderen

Aan het bestaan van een verband tussen alcohol en agressie tegenover anderen wordt in het wetenschappelijk onderzoek niet getwijfeld. Een groot aantal studies bestudeerde deze relatie vanuit verschillende invalshoeken (toxicologisch, psychologisch, contextueel, ...) in verschillende onderzoekssettings (laboratorium, echte wereld) en met gebruik van zeer verscheiden steekproeven (studenten, kinderen van alcoholisten, cliënten in de hulpverlening, ...). Alle resultaten blijken consistent in dezelfde richting te wijzen: alcohol werkt faciliterend voor agressief gedrag. Met andere woorden: de kans op agressief gedrag neemt toe wanneer alcohol geconsumeerd wordt én naargelang het niveau van deze alcoholconsumptie (Giancola e.a., 2003). Laten we hier meteen een belangrijke nuance aan toevoegen: natuurlijk bestaan er sterke individuele verschillen. Bij sommige mensen zal alcohol bijvoorbeeld helemaal geen agressie opwekken, maar leiden tot bijvoorbeeld slaperigheid of een opstoot van joviaal gedrag.

De literatuur suggereert dat zowel drinken tijdens het incident als algemene drinkpatronen of alcoholproblemen verband houden met agressie, hoewel sommige studies toch suggereren dat drinken op of voor het incident toch de voornaamste factor is (Wells e.a., 2000; Giancola e.a., 2003). Op basis van hun bevolkingsonderzoek in Canada concluderen Wells e.a. (2000) dat niet gewoon het drinken van alcohol maar wel alcoholintoxicatie (drinken van een grote hoeveelheid) gerelateerd is aan fysieke agressie en meer zelfs, dat alcoholintoxicatie een rol speelt in de overgang van verbale naar fysieke agressie. Drinken tot men ge-

intoxiceerd is, verhoogt bovendien de kans op verwondingen of overlijden door geweld (Klingemann, 2001a).

Er bestaat heel wat wetenschappelijke evidentie voor de rol van alcohol in misdrijven en vooral geweldsmisdrijven (Klingeman, 2001b). Het aantal geweldsmisdrijven hangt direct samen met het niveau van alcoholconsumptie: als de consumptie in de maatschappij toeneemt, stijgt ook het aantal geweldsmisdrijven. Internationale verschillen op dit vlak wijzen erop dat ook drinkpatronen en sociale factoren een rol spelen.

Zo blijkt uit de *National Crime Victimization Survey* die afgenomen wordt in de Verenigde Staten, dat 37% van de slachtoffers rapporteert dat er alcohol in het spel was op het moment dat de misdaden tegen hen gepleegd werden (Gmel & Rehm, 2003). Dit cijfer wordt aan daderkant bevestigd door cijfers van het *Bureau of Justice Statistics*, waarin 40% overtreders aangeeft dat alcohol een invloed had op het plegen van hun gewelddadige misdrijven.

Vanuit een preventieperspectief is het interessant te vermelden dat het aantal slachtoffers van geweld binnen een bepaalde populatie significant daalt wanneer de alcoholconsumptie binnen de populatie daalt (Klingemann, 2001a).

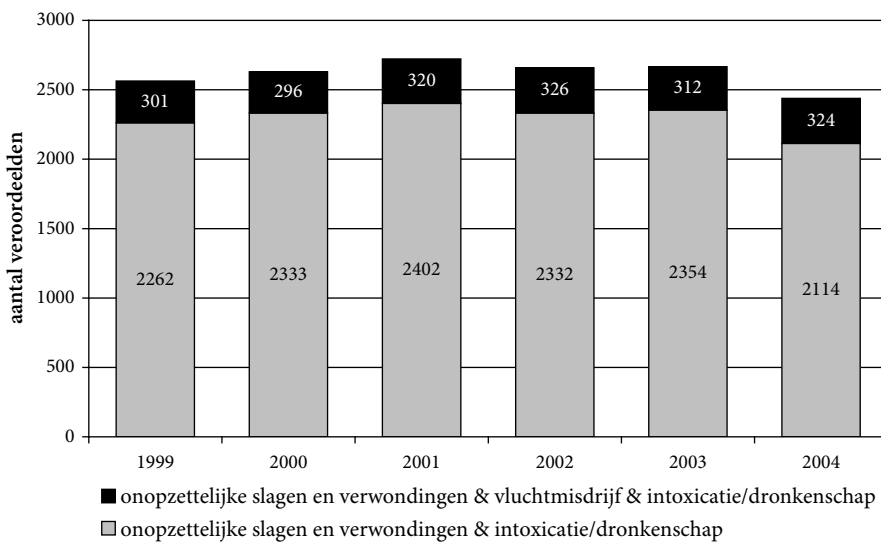
Alcohol speelt niet alleen een rol in daderschap, maar ook – en dat wordt vaak onderbelicht – in slachtofferschap. Verscheidene studies tonen aan dat zware drinkers een hoger risico lopen om slachtoffer te worden van geweldsmisdrijven (Rossow e.a., 2001). Volgens Klingemann heeft – afhankelijk van het onderzoek en de plaats – 40 tot 65% van de personen die slachtoffer worden van geweld, gedronken (Klingemann, 2001a). Geïntoxiceerde personen zijn een gemakkelijk doelwit voor dieven (Klingeman, 2001b).

In het kader van de huisartsenpeilpraktijken startten 150 deelnemende huisartsenpeilpraktijken in 2002 met de registratie van personen met klachten, symptomen of tekens die wijzen op intentioneel geweld (fysisch, psychisch of seksueel) (Van Casteren, 2004). De registratie liep tot 2005. Er wordt informatie geregistreerd over het slachtoffer (leeftijd, geslacht, middelengebruik), de dader (relatie tot het slachtoffer, middelengebruik), type geweld (fysisch, psychisch of seksueel), plaats, historiek en aanpak door de huisarts. In 2002 werden op die manier 615 slachtoffers van intentioneel geweld geregistreerd. De verhouding man-vrouw was 1-1,8. In 23% van de gevallen is er bij de daders sprake van chronisch alcoholgebruik, bij de slachtoffers gaat het om 7%.

De statistiek van de politierechtbanken geeft het aantal veroordeelden voor onopzettelijke slagen en verwondingen die samengaan met alcoholintoxicatie of dronkenschap (Ministerie van Justitie, 2006). Tussen 1999 en 2004 nam het totaal aantal veroordeelden voor deze misdrijven af van 2.563 naar 2.438 (grafiek 6.7).

Er zijn in 2004 wel meer veroordeelden die ook nog eens vluchtmisdrijf pleegden. Op het totaal aantal veroordeelden voor onopzettelijke slagen en verwondingen is het aandeel veroordeelden dat onder invloed was van alcohol met de jaren toegenomen. In 1999 was 13,2% van de veroordeelden voor onopzettelijke slagen en verwondingen geïntoxiceerd of dronken, in 2004 is dat opgelopen tot 19,1% van de veroordeelden.

Grafiek 6.7 Aantal veroordeelden voor onopzettelijke slagen en verwondingen in combinatie met alcoholintoxicatie of dronkenschap op het niveau van de politierechtbanken



Bron: Ministerie van Justitie, 2006

Seksuele aanranding en alcoholconsumptie

Alcoholconsumptie en seksuele aanranding komen vaak samen voor maar dit zegt nog niets over een oorzakelijk verband tussen beide (Abbey e.a., 2001). Uit verschillende onderzoeken komt naar voor dat ongeveer de helft van de seksuele aanrandingen gepleegd wordt door mannen die alcohol dronken. Zo ook meldt ongeveer de helft van de slachtoffers van seksuele aanranding dat ze alcohol dronken op het tijdstip van de aanranding. Meestal komt alcoholconsumptie bij zowel dader als slachtoffer voor. Het gebeurt zelden dat enkel het slachtoffer gedronken had. Seksuele aanrandingen met alcoholgebruik worden vaker dan andere seksuele aanrandingen waargenomen tussen mannen en vrouwen die elkaar niet (goed) kennen. Ze vinden dan ook vaker plaats op feestjes of in bars dan thuis.

Seksuele aanranding onder invloed van alcohol kan verklaard worden door 3 mechanismen (Abbey e.a., 2001). Mannen die zwaar drinken, doen dat doorgaans ook in sociale situaties die kunnen leiden tot seksuele aanranding (bijvoorbeeld op een afspraakje). Ten tweede kunnen zware drinkers intoxicatie als een excuus gebruiken voor onder meer seksuele aanranding. Ten derde kunnen dezelfde persoonlijkheidskenmerken (bijvoorbeeld impulsiviteit, antisociaal gedrag) zowel aanzetten tot zwaar drinken als tot seksuele aanranding.

Verder worden vrouwen die drinken door mannen gezien als seksueel beschikbaar en promiscue, in tegenstelling tot vrouwen die niet drinken. Ook de locatie of de sociale situatie speelt een rol (Abbey e.a., 2001). In het geval van seksuele aanranding tussen vreemden: mannen die zwaar drinken zullen settings frequenter zoals bars en feestjes waar vrouwen ook geneigd zijn veel te drinken en waar mannen gemakkelijker een geïntoxiceerde vrouw vinden als doel voor seksuele aanranding. Door alcoholgebruik verzamelen mannen moed en worden hun stereotypes over drinkende vrouwen versterkt. Op afspraakjes (tussen bekenden) kan alcoholgebruik tot verkeerde interpretaties van versiertrucs leiden zodat het uiteindelijk komt tot seksuele aanranding.

Onderzoek stelt verschillen vast tussen vrouwen die het slachtoffer waren van seksuele aanranding en vrouwen die geen ervaring hadden met seksuele aanranding (Abbey e.a., 2001). De eerste groep heeft vaker seksueel misbruik meegemaakt als kind, heeft frequenter seksuele relaties en zijn vaker zware drinkers.

Suicide door alcoholgebruik

Verschillende studies wijzen op een significant verband tussen alcoholgebruik en suïcidaal gedrag (Rossow e.a., 2001). Zowel acute intoxicatie als chronisch misbruik zijn risicofactoren. Het risico op suïcide verhoogt met het niveau van de alcoholconsumptie zodat zware drinkers 2 tot 20 keer meer risico lopen dan anderen. Op een geaggregeerd niveau varieert het percentage mannelijke zelfmoorden met de totale alcoholconsumptie. Er wordt zelfs gesuggereerd dat een toename in de totale alcoholconsumptie van 1 liter de mannelijke zelfmoordcijfers met 2,5% tot 15% doen stijgen. Wordt er enkel gekeken naar de zware drinkers, dan is het risico op zelfmoord voor beide seksen in deze groep gelijk. Het effect van alcoholconsumptie op suïcide is minder groot in landen met een 'natte' drinkcultuur (Frankrijk, Portugal) dan in landen met een 'droge' drinkcultuur zoals Zweden en Noorwegen. De verklaring zou zijn dat er in de natte drinkcultuur minder sociale marginalisering en stigmatisering voorkomt van zware drinkers terwijl de droge drinkculturen gekenmerkt worden door 'explosieve' drinkpatronen. Over het algemeen kunnen 3 verklaringen aangehaald worden voor de associatie tussen drinken en suïcide. Ten eerste kunnen de effecten die optreden na langdurig drinken – bijvoorbeeld secundaire depressie – sociale desintegratie, persoonlijk verlies, suïcidaal gedrag veroorzaken. Ten tweede kunnen personen zowel meer

ontvankelijk zijn voor alcoholproblemen als voor suïcide. Ten slotte kan acute alcoholintoxicatie suïcidale impulsen of verwondingen uitlokken.

In de Vlaamse statistiek van de doodsoorzaken lezen we jaarlijks tussen de 0 en maximum 2 zelfmoorden af die gebeurden met behulp van alcohol (Vlaamse overheid, 2004a-c; 2005a-b). Alcohol is dan ook een minder geschikt middel als methode op het moment van zelfmoordpleging.

In de Minimale Klinische Gegevens (MKG) die geregistreerd worden in de Algemene Ziekenhuizen (AZ), worden in de periode 1996-1998 3.175 ziekenhuisverblijven opgetekend waarin een zelfmoord(poging) samenging met alcoholisme (Aelvoet e.a., 2002). Dit komt voor in 12,4% van het totaal aantal verblijven voor zelfmoord(poging). Het ging om 1.738 verblijven voor mannen en 1.437 verblijven voor vrouwen.

Vanderplasschen e.a. (2005) onderzochten in 5 PZ de psychische problematiek van personen op de behandelafdelingen voor alcoholproblemen. Zij vonden dat 8% van de bevroegde patiënten een zelfmoordpoging had ondernomen tijdens de laatste 30 dagen voor de opname.

Verklaringen voor het verband tussen alcoholgebruik en agressie

Er bestaat een massa, vaak zeer uiteenlopende, theorieën die pogen de mechanismen achter het verband tussen alcohol en agressie te verklaren (Gmel & Rehm, 2003). De disinhibitietheorie stelt dat agressieve neigingen van de mens gewoonlijk gecontroleerd worden. Door de effecten die alcohol heeft op de hersenen verhoogt de kans op agressief gedrag. Sociale leertheorieën postuleren dan weer dat alcohol agressie opwekt, net omdat mensen dat effect van alcohol verwachten. Nog ander onderzoek wijst erop dat alcoholconsumptie cognitieve, emotionele en psychologische veranderingen veroorzaakt die het zelfbewustzijn verminderen en de risico-inschatting veranderen. De aandachtshypothese sluit hierbij aan en komt erop neer dat drinken de aandachtswijdte beperkt waardoor geïntoxiceerde personen zich vooral richten op de meest opvallende stimuli. Als stimuli die agressie uitlokken meer opvallen dan stimuli die agressie zouden voorkomen, dan zal het subjectieve gevoel van provocatie toenemen en neemt de kans op agressie toe. Anderzijds neemt agressie af als sociale normen en sociale druk overheersen. Er bestaat dus ook evidentie voor het feit dat het gedragseffect van alcohol sterk beïnvloed wordt door de culturele context: zo wordt in de literatuur het onderscheid gemaakt tussen een 'natte' drinkcultuur, waarbij alcoholconsumptie een dagelijkse activiteit is, zonder veel beperkingen en de 'droge' drinkcultuur, waarbij legale en sociale beperkingen het drankgebruik aan banden leggen, maar waarin binge-drinken en zelfs gewelddadig dronken gedrag in sommige omstandigheden als aanvaardbaar gezien worden. De sociale con-

text (bijvoorbeeld de buurt) of de sociale groep (bijvoorbeeld vrienden) kunnen eveneens drinken en agressie beperken.

Naast de eensgezindheid over het feit dat alcohol een faciliterende factor is in het ontstaan van agressie, bestaat in wetenschappelijke kringen ook een brede consensus over het feit dat de alcohol-agressie-relatie door een groot aantal verschillende factoren wordt beïnvloed: elementen uit de levensloop (bijvoorbeeld familiegeschiedenis, gedragsproblemen uit de kindertijd) individuele kenmerken, situatieve en contextuele factoren (bijvoorbeeld provocatie, sociale druk, type alcohol) vormen een complex web van factoren die in meer of mindere mate bijdragen tot het al dan niet ontstaan van agressief en gewelddadig gedrag (Giancola e.a., 2003). Er wordt bovendien gewezen op het grote verschil dat bestaat tussen agressie-inductie onder gecontroleerde laboratoriumcondities en de agressiemechanismen in de complexe sociale realiteit. Onderzoek naar de invloed van omgevingselementen leert ons dat de fysieke en sociale omgeving voornamelijk een significante impact heeft op de ernst van de gepleegde agressie. De ernst van de geweldpleging neemt toe naarmate de omgeving agressie vergemakkelijkt (donker, druk, lawaai) en naargelang de sociale druk om agressie te plegen toeneemt. Ook een hoge alcoholconsumptie verhoogt de kans op ernstige agressie.

6.3.4 Verkeers- en andere ongevallen

De potentieel nefaste rol van alcoholgebruik in verkeersongevallen is genoegzaam bekend, maar drinken speelt ook een rol in andere vormen van ongevallen zoals huishoudelijke ongevallen, brand, verdrinking, vallen, ongevallen bij sport of andere recreatieve activiteiten, ... (Rossow e.a., 2001).

Ongevallen

Studies uitgevoerd op spoedopnamediensten van ziekenhuizen tonen aan dat gekwetste patiënten vaker hogere niveaus van Bloed Alcohol Concentratie (BAC) vertonen dan controlegroepen (Gmel & Rehm, 2003).

Het feit dat alcohol aangetroffen wordt in het bloed van gewonden betekent op zich nog niet dat de verwonding ook daadwerkelijk door alcoholgebruik veroorzaakt werd (Gmel & Rehm, 2003). Aanvullende bevindingen uit verschillende onderzoeken suggereren echter dat er wel degelijk van een causaal verband tussen alcohol en verwondingen kan gesproken worden. Zo blijkt onder meer dat zelfs een zeer beperkte alcoholinname (BAC van ongeveer 0,05%) de psychomotorische en cognitieve vaardigheden ernstig verstoort waardoor de kans op verwondingen toeneemt.

Zowel het geconsumeerde volume als de drinkfrequentie zijn gerelateerd aan het risico op ongevallen (Gmel & Rehm, 2003). De kans op verwondingen neemt toe als het drinkpatroon alterneert van periodes van weinig of niet drinken tot periodes van zeer zwaar drinken. Op bevolkingsniveau wordt een sterkere associatie teruggevonden tussen alcoholconsumptie en ongevallen in landen waar zware drinkpatronen overheersen met name de 'droge', noordelijke drinkculturen (Rossow e.a., 2001; Gmel & Rehm, 2003). Het aantal dodelijke alcoholgerelateerde verwondingen is hoger in landen met een lage per-capita-consumptie (Rossow e.a., 2001).

Heel wat onderzoek stelde vast dat niet-intentionele verwondingen vaak samenhang met een hoog niveau van alcoholconcentratie (Gmel & Rehm, 2003). Alcohol speelt ook een rol bij vallen, de tweede meest voorkomende vorm van onbedoelde verwondingen. Klingemann schat het percentage ongevallen waarbij alcohol een rol speelt op 20-30% (Klingemann, 2001a). Een Amerikaanse meta-analyse uit 1999 brengt de resultaten van verschillende studies samen en maakt op basis hiervan een schatting van de aanwezigheid van alcohol in ongevallen met dodelijke afloop (Gmel & Rehm, 2003) (tabel 6.5). Het aandeel van ongevallen waarbij de betrokkenen alcohol gedronken hebben, wordt in deze studie geschat op 38,5%. Iets minder dan een derde van de mensen (31%) die betrokken zijn bij een ongeval blijkt bovendien genoeg alcohol geconsumeerd te hebben om te kunnen spreken van intoxicatie ($BAC \geq 100\text{mg/dl}$).

Tabel 6.5 Geschat percentage van doden door ongevallen in de Verenigde Staten - 1999

doodsoorzaak	positief*	intoxicatie**
niet-intentionele verwonding	38,5	31,0
brand	37,9	41,9
koude/hypothermie	90,0	40,9
verdrinken	49,2	34,2
val	63,3	32,2
schotwond	48,7	2,5
vergiftiging	26,6	29,3
verkeersongevallen	39,7	32,8

* $BAC > 0/\text{mg dl}$

** $BAC \geq 100\text{mg/ dl}$

Bron: Gmel & Rehm, 2003

Het Belgisch netwerk van huisartsenpeilpraktijken, representatief voor de Belgische huisartsen, werd in 1984, 1995-1996 en in 2002 gebruikt om ongevallen te registreren. In 1984 en in 1995-1996 werden enkel ongevallen in de privésfeer ge-

registreerd maar in 2002 werd het onderzoek uitgebreid tot alle ongevallen (werk, sport, verkeer, thuis, school). De peilartsen dienden op het registratieformulier eveneens aan te geven of er sprake was van middelengebruik.

In 1995 registreerden 158 peilpraktijken en in 1996 136 peilpraktijken de ongevallen in de privésfeer waarvoor de huisarts de eerste hulpverlener is (Devroey e.a., 2001). De registratie omvat alle ongevallen behalve arbeids- en verkeersongevallen, schoolongevallen en sportongevallen in clubverband. In 1995 gebeurde de registratie enkel bij personen van 60 jaar of ouder. In 1996 werden alle leeftijdsgroepen geregistreerd. 2 weken na de registratie werd een aanvullende vragenlijst ingevuld waarbij ook naar de voorbeschikkende factoren (onder meer alcoholgebruik) werd gepeild. In 1996 gebeurde dit enkel voor de personen jonger dan 60 jaar. Bij 23% van de ongevallen in de privésfeer zijn alcohol en drugs een voorbeschikkende factor. Bij mannen (34%) is dat belangrijker dan bij vrouwen (12%).

De 174 peilpraktijken die in 2002 deelnamen, registreerden 6.938 ongevallen (3.813 bij mannen en 3.125 bij vrouwen) (Devroey & Van Casteren, 2005). Het ging om 48% ongevallen in de privésfeer, 16% ongevallen op het werk of tijdens het sporten, 12% verkeersongevallen en 8% ongevallen op school. Bij de school-, sport- en werkongevallen werd in respectievelijk 1, 3 en 6% van de gevallen middelenmisbruik vastgesteld door de huisarts (tabel 6.6). Bij de werkongevallen werd vooral alcoholgebruik vastgesteld. Bij de verkeersongevallen stelde de huisarts in 15% van de gevallen middelenmisbruik vast en dan ging het vooral om acuut alcoholgebruik. Het grootste percentage middelenmisbruik werd vastgesteld bij de ongevallen in de privésfeer (21%). Hier ging het vooral om gebruik van psychoactieve geneesmiddelen en minder om acuut of chronisch alcoholgebruik.

Tabel 6.6 Percentage middelenmisbruik per type ongeval waarvoor de huisarts geraadpleegd werd (2002)

	sport	werk	verkeer	privésfeer	school
drugs	0,5	0,1	0,4	0,3	0,0
psychoactieve medicatie	0,9	1,6	5,5	9,1	0,6
chronisch alcoholgebruik	0,5	2,6	2,7	4,4	0,2
acuut alcoholgebruik	0,6	0,9	5,6	4,9	0,2
andere middelen	0,7	0,4	1,3	2,2	0,0
geen middelen	96,9	94,4	84,6	79,1	99,0
totaal middelenmisbruik	3,1	5,6	15,4	20,9	1,0

Bron: Devroey & Van Casteren, 2005

Verkeersongevallen

Er werd heel wat onderzoek uitgevoerd naar de rol van alcohol in het verkeer. Een duidelijk verband werd vastgesteld tussen het geconsumeerde volume alcohol en het risico op een verkeersongeval.

Laboratoriumonderzoek toonde aan dat taken die verband houden met rijden al bij lage alcoholconcentraties in het bloed beïnvloed worden (Babor e.a., 2003). Vanaf een BAC-gehalte van 0,05% tot 0,08% wordt de achteruitgang in de prestaties opvallend. Het relatieve risico op een ongeval is bij bestuurders met een BAC van 0,05% dubbel zo groot als bij bestuurders met een BAC gelijk aan nul. Met een BAC van 0,08% moet het risico vermenigvuldigd worden met 10. Er is met andere woorden een sterke relatie tussen het alcoholgehalte in het bloed en het risico op ongevallen.

Gebruik van alcohol leidt immers tot vermindering van het reactievermogen, verminderde controle over de bewegingen, vermindering van de scherpte van gehoor en gezicht en verenging van het gezichtsveld (net alsof men in een tunnel rijdt) (Schrooten, 2004). Daartegenover staat nog dat alcohol het machtsgevoel verhoogt, waardoor men denkt dat men de situatie volledig in de hand heeft, terwijl dit net niet zo is. Veel mensen gaan dan ook nonchalanter rijden onder invloed van alcohol.

In België spreekt men van rijden onder invloed vanaf een alcoholgehalte van 0,5‰ (of 0,22 milligram alcohol per liter uitgeademde alveolaire lucht (UAL)⁴⁰). Deze grens is sinds 1 december 1994 in voege.

Cijfers over de verkeersongevallen worden in ons land bijgehouden door het NIS en het Belgisch Instituut Voor de Verkeersveiligheid (BIVV). De laatste ongevallenstatistieken van het BIVV geven de cijfers van het jaar 2001. Het NIS geeft in haar brochure 'verkeersongevallen op de openbare weg met doden en gewonden' cijfers van 2002.

Uit de statistieken van de verkeersongevallen die jaarlijks worden gebundeld door het NIS blijkt dat er in 2002 in België 50.830 slachtoffers vielen in verkeersongevallen (NIS, 2005c). In 2.113 gevallen was minstens 1 bestuurder klaarblijkelijk dronken.

Door het ingebruiknemen van een nieuw dataverwerkingssysteem geeft de nieuwe statistiek van de verkeersongevallen geen informatie meer over het aantal ongevallen maar enkel over het aantal slachtoffers. Dit betekent wel een verlies aan informatie. Ook kunnen we minder vergelijkingen maken met de voorgaande jaren.

40. Een alcoholconcentratie van 0,22 milligram uitgeademde alveolaire lucht (UAL) komt overeen met een alcoholconcentratie van 0,5 gram per liter bloed (0,5‰). Een alcoholconcentratie van 0,35 milligram uitgeademde alveolaire lucht (UAL) komt overeen met een alcoholconcentratie van 0,8 gram per liter bloed (0,8‰).

Het aantal ongevallen waarbij minstens 1 bestuurder klaarblijkelijk dronken is, neemt tussen 1991 en 2001 met 10,7% af (tabel 6.7). De meeste van deze ongevallen veroorzaken licht gewonde slachtoffers. Het aantal ongevallen met licht gewonde slachtoffers steeg met 3%. Tegenover 1991 tellen we in 2001 minder ongevallen met doden en dodelijk gewonden maar vooral minder ongevallen met zwaar gewonde slachtoffers (-42,7%). Lichten we enkel het laatste jaar eruit, dan moeten we benadrukken dat het aantal ongevallen met doden en dodelijk gewonden tegenover 2000 is gestegen (respectievelijk + 16 en + 5).

Tabel 6.7 Ongevallen met minstens 1 bestuurder in duidelijke staat van dronkenschap⁴¹

jaar	aantal ongevallen					aantal slachtoffers				
	met doden	met dodelijk gewonden	met zwaar gewonden	met licht gewonden	totaal	doden	dodelijk gewonden	zwaar gewonden	licht gewonden	totaal
1991	95	9	956	2.290	3.350	103	9	1.260	3.691	5.063
1992	74	8	889	2.181	3.152	78	8	1.157	3.517	4.760
1993	75	9	893	2.166	3.143	79	9	1.149	3.455	4.692
1994	90	6	839	2.262	3.197	97	6	1.154	3.646	4.903
1995	73	10	760	2.689	3.532	84	10	968	4.230	5.292
1996	69	6	755	2.396	3.226	77	6	949	3.699	4.731
1997	57	5	734	2.460	3.256	62	5	932	3.780	4.779
1998	82	13	715	2.715	3.525	99	13	934	4.165	5.211
1999	72	11	646	2.574	3.303	77	12	834	4.004	4.927
2000	60	6	693	2.558	3.317	63	6	865	3.956	4.890
2001	76	11	548	2.358	2.993	82	11	690	3.556	4.339
2002*	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	9		379	1.726	2.113

* Voor 2002 worden enkel de slachtoffers bij de bestuurders gegeven.
Bron: NIS, 2005c

Het aantal slachtoffers daalt met 14,3% in de periode 1991-2001 (tabel 6.7). De cijfers voor 2002 liggen ver onder deze van 2001 maar dat komt omdat in de nieuwe statistieken enkel de gegevens van de bestuurders worden weerhouden en niet

41. De cijfers van 1991 tot 2001 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2003-2004 (De Donder, 2004).

meer van bestuurders en passagiers samen. Er waren in 2001 evenwel meer doden en dodelijk gewonden in ongevallen met minstens 1 dronken bestuurder vergeleken met het jaar 2000.

Toch valt op dat de meeste ongevallen met doden of gewonden niet gerelateerd zijn aan dronkenschap, drug- of medicatiegebruik (tabel 6.8). In 91,3% (43.307) van de ongevallen zijn de bestuurders in een normale toestand. In 2001 werd voor 51 ongevallen bij 1 van de bestuurders een combinatie van dronkenschap en het gebruik van medicatie of drugs vastgesteld. Voor 94 ongevallen was minstens 1 bestuurder dronken en daarbij ziek of vermoeid. Bij 150 ongevallen vond men 1 van de personen onder invloed van medicatie of drugs.

Tabel 6.8 Aantal ongevallen volgens de staat van de weggebruikers (2001)⁴²

toestand van minstens 1 van de bestuurders	aantal ongevallen met				
	doden	dodelijk gewonden	zwaar gewonden	licht gewonden	totaal
normaal	357	20	1.002	4.007	5.386
klaarblijkelijke dronkenschap	76	11	548	2.358	2.993
onder invloed van geneesmiddelen of drugs	9	-	37	104	150
ziek, vermoeid	43	2	184	480	709
dronkenschap & onder invloed van drugs of geneesmiddelen	-	-	10	41	51
dronkenschap & ziek, vermoeid	1	-	18	75	94
ziek, vermoeid & geneesmiddelen	-	-	5	8	13
andere of onbekend	688	29	1.161	3.836	5.714
alle weggebruikers zijn in normale toestand	494	49	5.401	31.977	37.921
totaal	1.288	90	7.319	38.747	47.444⁴³

Bron: NIS, 2003b

42. Voor 2002 is deze informatie niet meer opgenomen in de verkeersongevallenstatistieken die het NIS aanmaakt. In de publicatie van 2002 wordt enkel een tabel opgenomen over het aantal slachtoffers, maar dan uitsluitend onder de bestuurders, volgens hun toestand. Dit geeft een onvolledig beeld.

43. Het totaal aantal ongevallen met doden en gewonden (47.444) is kleiner dan de som van bovenstaande categorieën (53.031) omdat de politiediensten op het ongevallenformulier meer dan 1 code kunnen toekennen aan 1 ongeval.

Een nuance bij deze cijfers: lang niet bij alle ongevallen met slachtoffers wordt door de politiediensten een alcoholtest opgelegd. In bijna 8 op de 10 van de gevallen wordt zelfs geen alcoholtest afgenomen (tabel 6.9). Van de bestuurders die wel getest worden op hun alcoholgehalte, testen de meesten negatief. Tussen 1999 en 2002 bleven de verhoudingen tussen het al dan niet uitvoeren van alcoholtesten bij een ongeval en de positieve of negatieve uitslagen min of meer gelijk.

Tabel 6.9 Aantal bestuurders en voetgangers die slachtoffer zijn van verkeersongevallen volgens de alcoholtest

alcoholtest	1999	2000	2001	2002
niet uitgevoerd	77,8	78,0	79,2	77,4
geweigerd door bestuurder	0,3	0,3	0,3	0,3
positief	4,0	4,2	4,0	4,5
negatief	17,9	17,5	16,5	17,8

Bron: NIS, 2005c; 2003b; 2001; 2000

Het BIVV combineert de 2 soorten gegevens die op het ongevallenformulier worden geregistreerd, namelijk zowel de resultaten van de alcoholtest als de gegevens over de toestand van de bestuurder. In die zin zijn de cijfers niet volledig te vergelijken met deze van het NIS.

Tabel 6.10 Ongevallen met alcoholgebruik

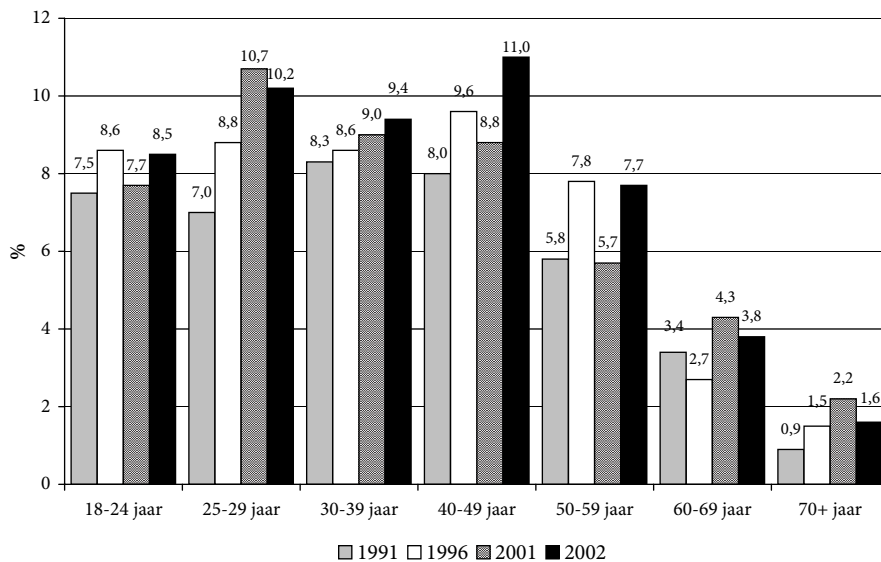
	alle ongevallen				
	zonder alcoholgebruik		met alcoholgebruik		totaal
	N	%	N	%	N
1991	53.962	92,7	4.261	7,3	58.223
1992	51.323	92,6	4.115	7,4	55.438
1993	50.836	92,5	4.097	7,5	54.933
1994	49.195	92,8	3.823	7,2	53.018
1995	46.503	91,6	4.241	8,4	50.744
1996	44.577	94,4	4.173	8,6	48.750
1997	45.775	91,4	4.303	8,6	50.078
1998	46.676	91,2	4.491	8,8	51.167
1999	47.410	91,9	4.191	8,1	51.601
2000	44.897	91,5	4.168	8,5	49.065
2001	43.442	91,6	4.002	8,4	47.444
2002	43.225	90,8	4.394	9,2	47.619

Bron: BIVV, 2006a; 2004; 2000; 1999; 1998; 1996; 1995

Het totaal aantal ongevallen waarbij sprake is van alcoholgebruik is tussen 1991 en 2002 met 3% gestegen (tabel 6.10). In 2002 is bij 9,2% van alle ongevallen sprake van alcoholgebruik. In 1991 was dit zo voor 7,3% van alle ongevallen. Tegenover 2001 merken we in 2002 zelfs een toename met 9,8% van het aantal ongevallen waarin 1 van de bestuurders onder invloed van alcohol is.

In 2002 is 8,5% van de bestuurders die betrokken waren in een ongeval met doden of ernstig gewonden onder invloed van alcohol (BIVV, 2006a). In de leeftijdsklassen 40 tot 49 jaar (11,0%) en 25 tot 29 jaar (10,2%) zijn in 2002 in verhouding tot het totaal aantal bestuurders de meeste bestuurders onder invloed te vinden (grafiek 6.8). Van de bestuurders jonger dan 25 jaar blijkt 8,5% onder invloed van alcohol. Bekeken over de verschillende jaren is het percentage dronken bestuurders in alle leeftijdsgroepen toegenomen. De sterkste toename deed zich voor bij de 25-29-jarigen en de 40-49-jarigen.

Grafiek 6.8 Bestuurders van personenauto's, onder invloed van alcohol, betrokken bij verkeersongevallen met minstens 1 dode of ernstig gewonde weggebruiker, naar leeftijd



Bron: BIVV, 2006a; 2004

6.3.5 Rijden onder invloed en andere aan alcohol gerelateerde misdrijven

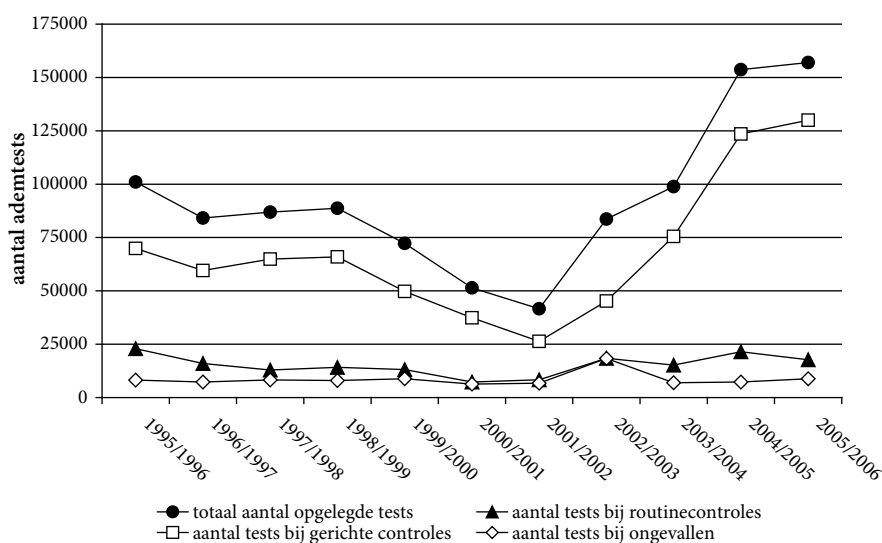
Rijden onder invloed van alcohol

Sinds de wet van 18 juli 1990⁴⁴ bedraagt de maximum toegelaten alcoholconcentratie wanneer men een voertuig bestuurt 0,5 gram zuivere alcohol per liter bloed (0,5‰) of 0,22 milligram alcohol per liter UAL⁴⁵.

Tot op vandaag is er geen centrale databank beschikbaar die toelaat na te gaan hoeveel alcoholcontroles er gedurende heel het jaar worden uitgevoerd. Over de eindejaarscontroles in het kader van de BOB-campagne houdt het BIVV cijfers bij.

Grafiek 6.9 illustreert de evolutie in het aantal opgelegde ademtests vanaf 1995 tot 2005.

Grafiek 6.9 Evolutie van het aantal opgelegde alcoholtests tijdens de BOB-eindejaarscampagne



Bron: BIVV, 2006b

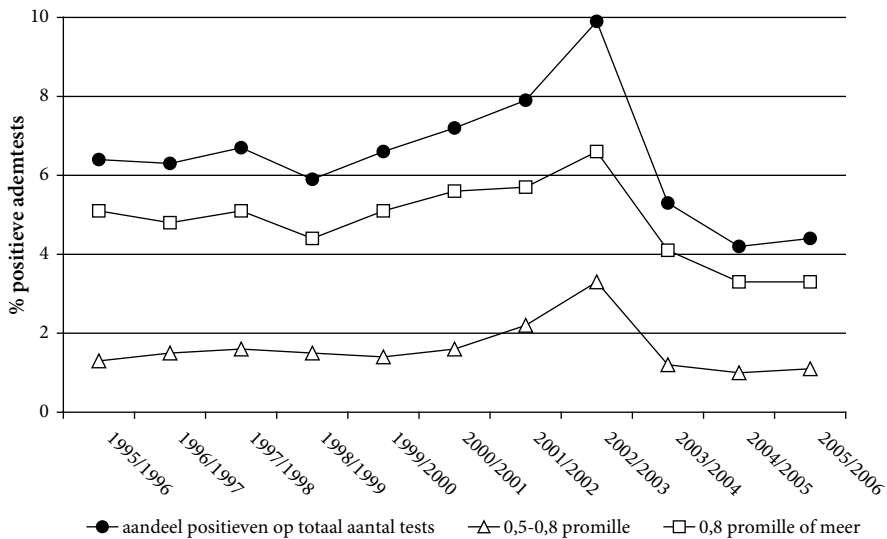
44. Deze wet is in voege sinds 1 december 1994.

45. Een alcoholconcentratie van 0,22 milligram uitgeademde alveolaire lucht (UAL) komt overeen met een alcoholconcentratie van 0,5 gram per liter bloed (0,5‰). Een alcoholconcentratie van 0,35 milligram uitgeademde alveolaire lucht (UAL) komt overeen met een alcoholconcentratie van 0,8 gram per liter bloed (0,8‰).

Het totaal aantal opgelegde ademtests tijdens de eindejaarsperiode slonk tot een dieptepunt in 2001/2002. Toen werden 51.399 tests opgelegd. Dat is 49% minder vergeleken met dezelfde periode van 1995/1996. Na de dipperiode van 2001/2002 klom het aantal tests spectaculair tot een totaal aantal tests van 157.038 in 2005/2006. Vooral de tests tijdens gerichte controles namen toe. Tijdens gerichte controles worden trouwens over alle jaren heen het meeste tests afgenomen. Routinecontroles⁴⁶ gebeuren minder vaak. Het aantal alcoholtests tijdens routinecontroles vertoont tussen 1995 en 2005 een redelijk stabiel verloop.

Hoewel het absolute aantal positieve ademtests tussen 1995 en 2005 toeneemt, is het percentage positieve tests op het totaal aantal tests gedaald van 6,4% in 1995/1996 tot 4,4% in 2005/2006 (grafiek 6.10). Tot de eindejaarsperiode van 2002/2003 stijgt het aantal positieve uitslagen. In 2002/2003 is 9,9% van de opgelegde tests positief. Maar dat jaar blijkt een breekpunt want sindsdien is het aandeel van de positieve tests op het geheel afgenomen. Uit grafiek 6.10 blijkt eveneens dat bij de meeste positieve tests het alcoholgehalte 0,8 promille of meer bedraagt. Tijdens de eindejaarscontroles van 2003/2004 is het percentage positieve tests van 0,8 promille of meer sterk afgenomen tot 4,1% en nu blijft het al 2 jaar schommelen op 3,3%.

Grafiek 6.10 Evolutie van het aandeel positieve alcoholtests tijdens de BOB-eindejaarscampagne



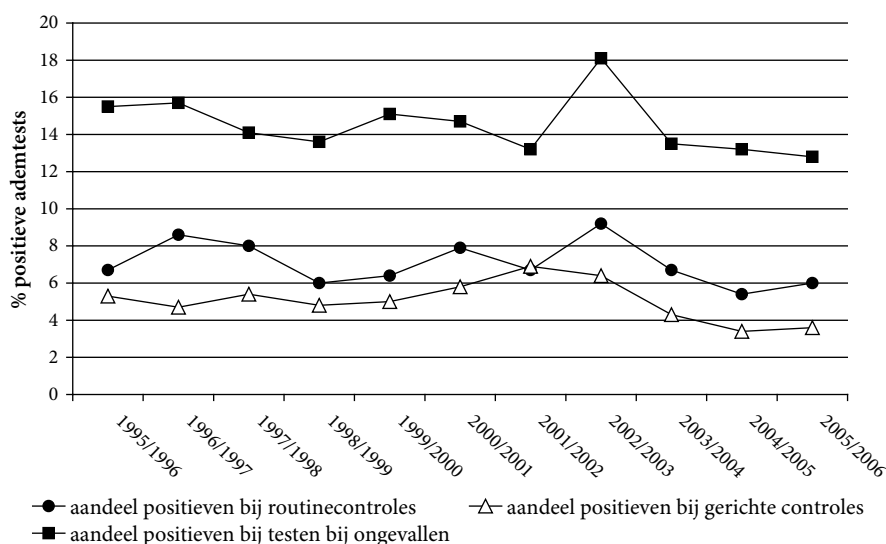
Bron: BIVV, 2006b

46. Routinecontroles zijn niet vooraf gepland, gerichte controles zijn dat wel.

Het aandeel positieve tests op het totaal aantal afgenomen tests is het grootst bij alcoholcontroles na verkeersongevallen (grafiek 6.11). Bij de alcoholcontroles na een verkeersongeval is in 2005/2006 12,8% van de testen positief. In 1995/1996 was dat nog 15,5%.

De politiediensten doen tijdens de eindejaarscampagne veel minder routine-alcoholcontroles dan gerichte alcoholcontroles. Toch is het aandeel van de positieve tests hier hoger dan het aandeel positieve tests bij gerichte alcoholcontroles.

Grafiek 6.11 Evolutie van het aandeel positieve alcoholtests volgens de aard van de controle



Bron: BIVV, 2006b

De tendens dat personen die positief testen ook behoorlijk over de toegelaten grens zitten, blijkt ook uit de bloedafnames die na een verkeersongeval gebeuren. Hierover konden we tot 2001 gegevens vinden in de statistiek van de verkeersongevallen van het NIS. Vanaf 2002 publiceert het NIS deze data niet meer.

Van de personen bij wie naar aanleiding van een verkeersongeval een bloedafname gebeurde, heeft in 2002 93,4% een alcoholgehalte in het lichaam dat boven de toegelaten grens ligt (tabel 6.11) (NIS, 2003b). 50% van de bestuurders overschrijdt zelfs de grens van 2‰. Men dient er wel rekening mee te houden dat een bloedafname heel selectief gebeurt, namelijk bij deze personen bij wie men een sterk vermoeden heeft van dronkenschap.

Tabel 6.11 De evolutie van het aantal bloedafnamen bij verkeersongevallen op de openbare weg naar alcoholgehalte⁴⁷

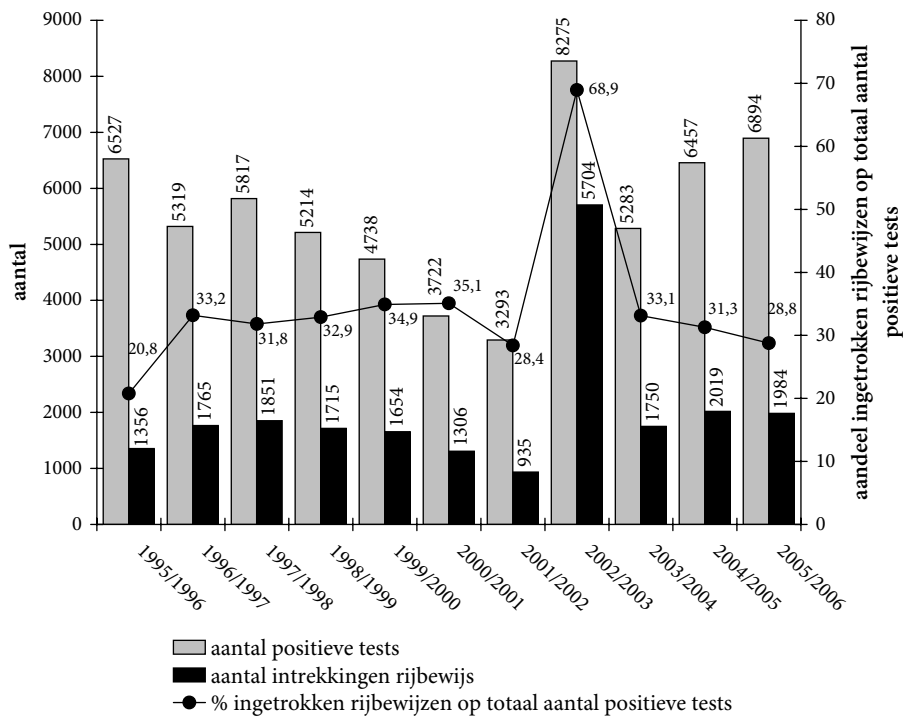
jaar	0-0,49 gr/l	0,5-0,99 gr/l	1-1,49 gr/l	1,5-1,99 gr/l	2-2,49 gr/l	2,5 of meer gr/l	onbe- kend	totaal
absolute aantallen								
1990	476	1.240	2.507	3.833	3.767	3.060	318	15.201
1991	522	1.127	2.356	3.562	3.568	2.865	301	14.301
1992	418	1.072	2.266	3.663	3.655	2.983	280	14.337
1993	538	1.206	2.438	3.460	3.518	2.905	344	14.409
1994	403	944	1.959	2.946	3.058	2.709	212	12.231
1995	319	336	720	1.192	1.253	1.056	101	4.977
1996	236	273	598	921	968	928	297	4.221
1997	343	549	1.075	1.590	1.457	1.259	198	6.471
1998	293	397	764	1.159	1.478	1.173	100	5.364
1999	289	359	820	1.331	1.463	1.462	126	5.850
2000	304	284	643	1.030	1.192	1.178	112	4.743
2001	268	201	486	799	956	1.019	78	3.807
2002	235	237	507	760	910	881	52	3.582
percentages								
1990	3,1	8,2	16,5	25,2	24,8	20,1	2,1	100,0
1991	3,7	7,9	16,5	24,9	24,9	20,0	2,1	100,0
1992	2,9	7,5	15,8	25,6	25,5	20,8	1,9	100,0
1993	3,7	8,4	16,9	24,0	24,4	20,2	2,4	100,0
1994	3,3	7,7	16,0	24,1	25,0	22,1	1,8	100,0
1995	6,4	6,8	14,5	23,9	25,2	21,2	2,0	100,0
1996	5,6	6,5	14,2	21,8	22,9	22,0	7,0	100,0
1997	5,3	8,5	16,6	24,6	22,5	19,5	3,0	100,0
1998	5,5	7,4	14,2	21,6	27,6	21,9	1,8	100,0
1999	4,9	6,1	14,0	22,8	25,0	25,0	2,2	100,0
2000	6,4	6,0	13,6	21,7	25,1	24,8	2,4	100,0
2001	7,0	5,3	12,8	21,0	25,1	26,8	2,0	100,0
2002	6,6	6,6	14,2	21,2	25,4	24,6	1,5	100,0

Bron: NIS, 2006b; 2003b

Over een periode van 10 jaar bekeken is het percentage ingetrokken rijbewijzen op het totaal aantal positieve alcoholtesten gestegen van 20,8% naar 28,8% (grafiek 6.12). Tijdens de eindejaarsperiode 2002/2003 werd een recordaantal rijbewijzen ingetrokken, 5.704 om precies te zijn.

47. Deze cijfers gaan zowel over de ongevallen met lichamelijk letsel als over ongevallen met enkel stoffelijke schade.

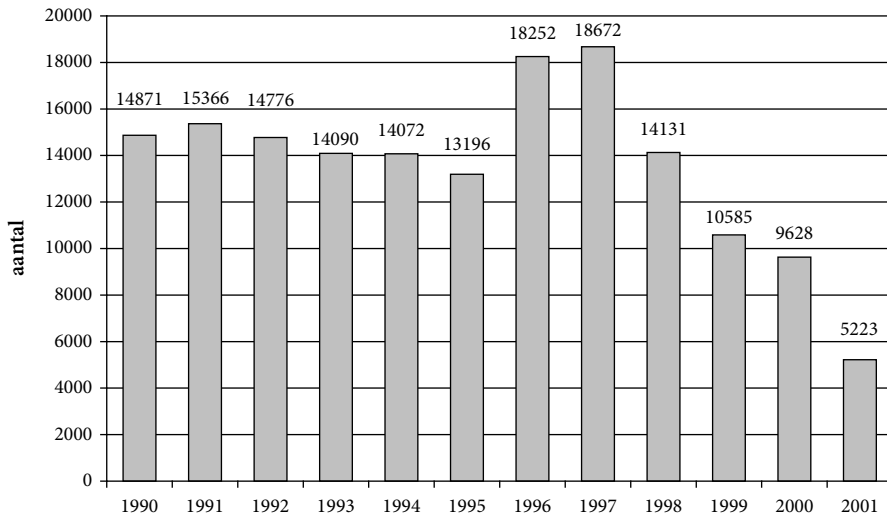
Grafiek 6.12 Evolutie van het aantal ingetrokken rijbewijzen en het totaal aantal positieve ademtests



Bron: BIVV, 2006b

In 2001 werden 5.223 vervallenverklaringen van het recht tot sturen uitgesproken voor dronkenschap of intoxicatie. Dat is heel wat minder dan in de voorgaande jaren (grafiek 6.13). Vergeleken met 1990 gaat het om een daling van 64,9%.

Grafiek 6.13 Aantal vervallenverklaringen van het recht tot sturen omwille van dronkenschap of intoxicatie



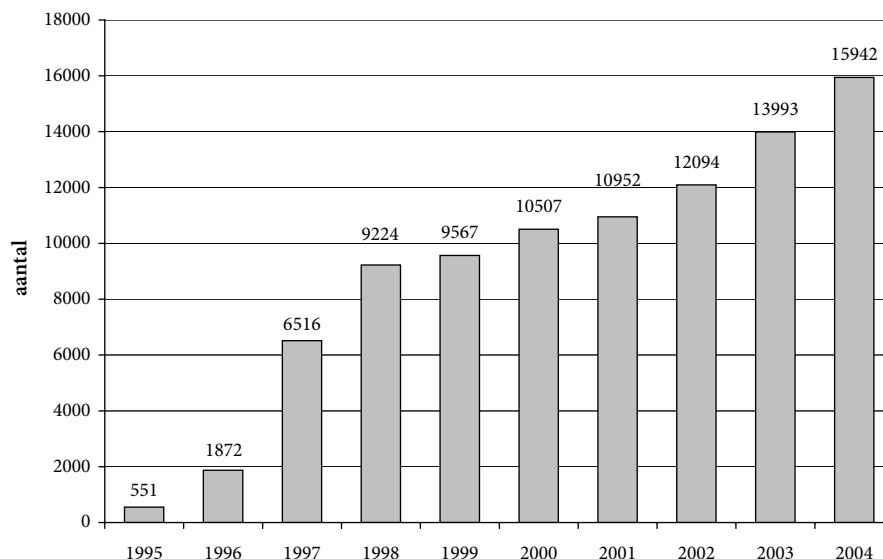
Bron: BIVV, 2004; 2000; 1995

Andere aan alcohol gerelateerde misdrijven

De politiediensten registreren in 2004 15.942 feiten in verband met dronkenschap, alcohol en alcoholsluiterijen, zo blijkt uit de politiecrimineelstatistiek (PCS)⁴⁸ van de Federale Politie (Federale Politie, 2006d) (grafiek 6.14). In vergelijking met het jaar 2000 zijn dat 5.435 misdrijven meer. Door andere dataverzamelingsmethoden is het moeilijk om over de eerdere cijfers vergelijkende uitspraken te doen.

48. Voor de politiehervorming werden deze de 'geïntegreerde interpolitionele criminaliteitsstatistieken (GICS)' genoemd en werden ze beheerd door de afdeling politiebeleidssteuning van de algemene politiesteundienst (Federale Politie, 2004d). Na de politiehervorming (01/01/2001) werd de algemene politiesteundienst geïntegreerd binnen de directie van de geïntegreerde werking van de politie (Federale Politie). Momenteel wordt nog gewerkt aan de optimalisering van de nationale gegevensbank. Om de tussenperiode op te vangen werden de criminaliteitsstatistieken voor de jaren 2000-2002 op een andere manier gegenereerd dan voorheen waardoor de data niet kunnen vergeleken worden met de gegevens die vroeger werden gepubliceerd. De bron van de PCS is het proces-verbaal dat door de algemene politiediensten wordt opgesteld en aan het parket wordt overgemaakt, ongeacht of het om een gepleegd misdrijf of om een poging gaat.

Grafiek 6.14 Aantal feiten in verband met dronkenschap, alcohol en alcohol-slijterijen vastgesteld door de politiediensten⁴⁹



Bron: Federale Politie, 2006a-d; 2004

Uit de gegevens van het Ministerie van Justitie over de veroordelingen blijkt dat in 2003 20.015 individuen zijn veroordeeld omwille van de inbreuk intoxicatie en dronkenschap in het verkeer (Ministerie van Justitie, 2004) (tabel 6.12). Tegenover 1994 is dat een toename van 7,6%. Het gaat om 15.721 mannen en 1.481 vrouwen.

Voor openbare dronkenschap (niet in het verkeer) werden in 2003 2.048 personen veroordeeld: 1.473 mannen en 216 vrouwen. Daarmee daalde het aantal veroordeelde individuen voor openbare dronkenschap met bijna 42% in vergelijking met 1994.

16 mensen, 14 mannen en 1 vrouw, liepen in 2003 een veroordeling op omwille van het overtreden van de wet op de exploitatie van sterkedranken. In 1994 ging het om 43 personen.

49. De cijfers voor 1995 tot 1999 zijn overgenomen uit het VAD-jaarboek 2003-2004 (De Donder, 2004).

Tabel 6.12 Aantal veroordeelde individuen volgens inbreuk in verband met alcohol

	intoxicatie/ dronkenschap in het verkeer			openbare dronkenschap			exploitatie sterkedranken		
	mannen	vrouwen	totaal	mannen	vrouwen	totaal	mannen	vrouwen	totaal
1994	11.653	887	18.600	2.030	243	3.524	29	6	43
1995	13.483	964	17.825	1.775	190	2.493	35	12	60
1996	19.676	1.457	25.001	1.969	203	2.617	37	9	51
1997	19.724	1.603	26.780	1.542	200	2.301	17	7	31
1998	17.815	1.554	24.536	1.639	188	2.402	21	3	29
1999	15.694	1.408	21.357	1.401	181	1.985	24	7	42
2000	15.501	1.463	20.559	1.250	125	1.716	31	14	49
2001	16.110	1.514	20.936	1.391	191	1.940	20	5	29
2002	14.899	1.407	19.148	1.525	179	2.058	4	3	13
2003	15.721	1.481	20.015	1.473	216	2.048	14	1	16

Bron: Ministerie van Justitie, 2004

De dienst statistiek van het secretariaat-generaal van het Ministerie van Justitie startte in 1999 met een statistiek van de hoven en rechtbanken (Ministerie van Justitie, 2006). Daarin is tevens een statistiek van de politierechtbanken opgenomen. Alcoholintoxicatie is een van de misdrijven die op het niveau van de politierechtbank wordt veroordeeld. In 2004 werden er 10.192 personen veroordeeld voor alcoholintoxicatie en 656 voor dronkenschap (tabel 6.13). Nog eens 1.670 individuen werden veroordeeld voor openbare dronkenschap. 133 personen liepen een veroordeling op voor het weigeren van de bloedproef of ademtest. Tussen 1999 en 2004 is het aantal veroordeelden voor alcoholintoxicatie en voor openbare dronkenschap toegenomen met respectievelijk 9,4% en 13,8%.

Tabel 6.13 Aantal veroordeelden op het niveau van de politierechtbanken

	alcohol- intoxicatie	dronken- schap	openbare dronkenschap	weigering van bloed- proef of ademtest
1999	9.318	2.211	1.467	263
2000	8.823	1.473	1.363	229
2001	7.903	914	1.272	189
2002	7.379	845	1.650	124
2003	9.115	768	1.640	132
2004	10.192	656	1.670	133

Bron: Ministerie van Justitie, 2006

In dezelfde statistiek van de politierechtbanken kunnen we aflezen hoeveel individuen veroordeeld werden voor ongevallen met doodslag en ongevallen met stoffelijke schade (Ministerie van Justitie, 2006) (tabel 6.14). Voor de ongevallen met stoffelijke schade merken we een stijgende tendens in het aantal veroordeelden tussen 1999 en 2004 (+22,1%).

Tabel 6.14 Aantal veroordeelden voor ongevallen op het niveau van de politierechtbanken

	ongevallen en doodslag & intoxicatie/dronkenschap	ongevallen met stoffelijke schade & intoxicatie/dronkenschap
1999	108	8.633
2000	126	9.730
2001	102	9.426
2002	120	9.819
2003	117	10.091
2004	102	10.539

Bron: Ministerie van Justitie, 2006

6.4 Kosten en baten van alcoholgebruik

Andlin-Sobocki e.a. (2005) onderzochten de kosten verbonden aan mentale stoornissen in Europa. Ze bekeken de 12 meest voorkomende mentale stoornissen waaronder ook 'verslaving'. In 2004 telde Europa 127 miljoen mensen met een mentale stoornis. 9 miljoen mensen hadden een afhankelijkheidsproblematiek. In

België zouden volgens deze studie 241.599 personen afhankelijk zijn van alcohol of illegale drugs.

De kostprijs verschilt afhankelijk van de mentale stoornis, verschilt tussen landen onderling en is het hoogst in landen met het hoogste nationale inkomen en de hoogste uitgaven voor gezondheidszorg (Andlin-Sobocki e.a., 2005). De totale kost voor alle mentale stoornissen werd in 2004 geschat op 386 miljard EUR voor heel Europa. Dit komt neer op een gemiddeld bedrag van 829 EUR per inwoner. 35% van de kosten gaan naar directe gezondheidszorg (ziekenhuisopname, medicijnen, poliklinische zorg). 18,7% van de totale kosten zijn niet-medische kosten (bijvoorbeeld welzijnszorg, transport, informele zorg). De grootste kost is te wijten aan de indirecte kost van verloren productie- en werkdagen, namelijk 46,4%. Kosten die te maken hebben met criminele activiteiten zijn niet in deze studie verrekend.

De verslavingsproblematiek kost Europa in totaal 57,2 miljard EUR (Andlin-Sobocki e.a., 2005). 16,6 miljard EUR gaat naar gezondheidszorg, 3,9 miljard EUR naar directe niet-medische kosten en 36,6 miljard EUR naar indirecte kosten. Voor België bedraagt de totale kostprijs voor de verslavingsproblematiek 1,9 miljard EUR. Voor 'verslaving' maakten Andlin-Sobocki e.a. een bijkomende schatting van de kostprijs van middelengerelateerde misdrijven. Deze zou 53 miljard EUR bedragen wat betekent dat de totale kost van 'verslaving' in Europa op 110 miljard EUR wordt geschat. De minst voorkomende mentale stoornissen hebben het hoogste kostenplaatje. 'Verslaving', angststoornissen en migraine hebben de laagste gemiddelde kost per geval. Voor 'verslaving' bedraagt de gemiddelde kost per geval 1.700 EUR. In België kost alcoholafhankelijkheid gemiddeld 8.328 EUR per geval.

Op vraag van de federatie van de Belgische brouwerijsector werd in 1999-2001 door het Hoger instituut voor de arbeid (HIVA) een studie uitgevoerd over de kosten en baten van alcoholgebruik/-misbruik in België (Pacolet e.a., 2003). Deze studie vertrekt vanuit een '*societal point of view*' waarbij men uitgaat van een zeer ruime definitie van zowel private (interne) als externe kosten en baten. Nadat de kosten en baten geïdentificeerd werden, werden de etiologische fracties⁵⁰ berekend, namelijk hoeveel van het totale aantal gevallen aan alcoholgebruik is toe te schrijven. Eens de fractie van positieve en nadelige effecten berekend is, worden deze in geldtermen uitgedrukt. Dit gebeurt op basis van direct meetbare data, op basis van ramingen of op basis van hypothesen. Niet alle kosten en baten kunnen in geldtermen uitgedrukt (gewaardeerd) worden omdat daarvoor de nodige data ontbreken.

Uit deze analyse blijkt dat de totale kost van alcoholgebruik in België 6 miljard EUR bedraagt en de totale baat 1,5 miljard EUR. De bruto kost komt neer op 2,5% van het Bruto Nationaal Product (BNP). Het kader geeft een overzicht van de kosten en baten die in deze studie werden berekend.

50. Etiologie betreft de leer van de oorzaken van ziekten. Etiologische fracties voor alcohol geven aan hoeveel van het totaal aantal ziektegevallen aan alcoholgebruik is toe te schrijven.

Definiëring en overzicht van sociale kosten en baten⁵¹

Sociale kosten

1. aankoopkost alcohol
2. directe gezondheidszorgkosten: *kost = 0,5 miljard EUR*
 - geneesheren en specialisten*
 - Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)*
 - algemene en acute ziekenhuizen*
 - PZ*
 - Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT)*
 - beschut wonen*
 - totale resterende directe gezondheidszorgkosten*
3. directe verkeerskosten*: *kost = 1,5 miljard EUR*
4. directe kosten in de werkomgeving: *kost = 2,2 miljard EUR*
 - hogere werkloosheid*
 - productiviteitsverlies door inefficiënties*
 - verhoogd ziekteverzuim*
 - extra arbeidsongevallen
 - inkomensverlies
 - overige: alcoholtests, negatief bedrijfsimago, gerichte campagnes
5. overige directe kosten: *kost = 0,05 miljard EUR*
 - politie en rijkswachtdiensten*
 - rechtspraak en gerechtelijk apparaat*
 - gevangeniswezen*
 - diefstal en fraude
 - vernielingsschade
 - overvallen, aanrandingen
 - kosten wetenschappelijk onderzoek
 - campagnes en voorlichting
 - tijdelijke gezondheidsproblemen: kater
 - administratiekosten voor regeling transfers
 - hogere verzekeringskosten
 - menselijk leed: pijn, verdriet, lijden, angst,...

51. De kosten en baten gemarkeerd door een * werden in geldtermen uitgedrukt.

6. indirecte kosten: *kost = 1,5 miljard EUR*
 - productiviteitsverlies door mortaliteit*
 - productiviteitsverlies door morbiditeit*
 - productiviteitsverlies door criminaliteit
7. economische kosten
 - productiekosten
8. sociale kosten
 - schulden
 - armoede en dakloosheid
 - familiale en huwelijksproblemen
 - seksuele problemen
 - stigma
 - sociale isolatie
 - kindermishandeling- en verwaarlozing
 - agressie
9. kost van transfers: *kost = 0,3 miljard EUR*
 - transfers voor werkloosheidsuitkeringen*
 - transfers voor ziekte-uitkeringen: veroorzaakte morbiditeit, vermeden morbiditeit *

totale sociale kost= 6 miljard EUR

Sociale baten

1. nut van consumptie
2. directe gezondheidszorgbaten: *baat = 0,2 miljard EUR*
 - geneesheren en specialisten*
 - algemene en acute ziekenhuizen*
 - totale resterende directe gezondheidszorgbaten*
3. directe baten in de werkomgeving
 - inkomenswinst
4. overige directe baten
 - euforie, blijdschap, goed voelen
5. indirecte baten: *baat = 0,6 miljard EUR*
 - productiviteitswinst door vermeden mortaliteit*
 - productiviteitswinst door vermeden morbiditeit*
 - productiviteitswinst door criminaliteit

6. economische baten: *baat* = 0,5 miljard EUR
 - accijnzen*
 - BTW*
 - omzet: inkomsten van verkoop
7. sociale baten
 - sociale contacten
8. *baat* van transfers: *baat* = 0,3 miljard EUR
 - transfers voor werkloosheidsuitkeringen*
 - transfers voor ziekte-uitkeringen: veroorzaakte morbiditeit, vermeden morbiditeit *

totale sociale baten = 1,5 miljard EUR

Bron: Pacolet e.a, 2003

45% van de kosten wordt gedragen door de gebruikers zelf (Pacolet e.a, 2003). De overige burgers dragen 0,3 miljard EUR externe kosten en de bedrijven 0,8 miljard EUR. De overheid draagt met 2,2 miljard EUR bijna 37% van de totale sociale kosten.

De directe gezondheidszorgkosten bedragen 0,5 miljard EUR (9%), de jaarlijkse kosten van verkeersongevallen veroorzaakt door alcoholgebruik 1,5 miljard EUR (24%) (Pacolet e.a, 2003). De directe kosten in de werkomgeving bedragen 2,2 miljard EUR (36,5%), de overige directe kosten⁵² 50 miljoen EUR (0,8%). De indirecte productiviteitsverlieskosten door morbiditeit en mortaliteit bedragen respectievelijk 0,4 miljard EUR (6%) en 1,1 miljard EUR (18,5%).

Van de 1,5 miljard EUR aan baten komt de overheid 47,5% en de drinkers 52,5% toe.

Als we de brutokost van 6 miljard EUR vergelijken met de brutobaat van 1,5 miljard EUR komen we op een nettokost van 4,5 miljard EUR of 1,8% van het BNP.

Belangrijk is dat de in deze studie becijferde kosten en baten niet de totale kosten en baten van alcoholgebruik zijn aangezien (1) de weerhouden en in geldtermen geschatte kostensoorten niet altijd volledig werden geschat, (2) door bepaalde assumpties en of berekeningswijzen er mogelijk over- of onderschattingen kunnen optreden en (3) lang niet alle kosten en baten die door alcohol worden veroorzaakt zijn weerhouden (Pacolet e.a, 2003).

52. Daarmee wordt bedoeld, het deel van de totale uitgaven aan politiediensten, gerechtelijk apparaat en gevangeniswezen dat toe te schrijven is aan alcoholgebruik.

6.5 Conclusies over de gevolgen van alcoholgebruik

Problematisch gebruik

- ▶ Bij 1,8% van de Belgische bevolking werd het laatste jaar een alcoholgerelateerde stoornis vastgesteld.
- ▶ 6% van de Vlaamse bevolking van 15 jaar of ouder voldoet aan de criteria van problematisch alcoholgebruik volgens het CAGE-screeningsinstrument. In de leeftijdsgroep 45-54 jaar heeft 8% problemen met alcoholgebruik. 7,7% van de jongens tussen 15 en 24 jaar scoort positief op het vlak van problematisch alcoholgebruik vertrekkende van de CAGE-vragen.
- ▶ Het problematisch alcoholgebruik is in Vlaanderen tussen 2001 en 2004 niet significant gestegen.
- ▶ Op basis van de gegevens van de gezondheidsenquête van 2001 wordt het aantal probleemdrinkers in België geschat op 4,5% à 6,75%. We spreken dan over een aantal dat ligt tussen de 378.843 en 568.265 personen die minstens 6 (mannen) of 4 (vrouwen) glazen alcohol per dag drinken.
- ▶ In de studentenpopulatie is het probleemdrinken tussen 1995 en 2001 afgenomen van 14% naar 10%.

Morbiditeit en mortaliteit

- ▶ Jaarlijks worden 19.085 personen in het ziekenhuis opgenomen met aandoeningen veroorzaakt door alcoholconsumptie.
- ▶ In 1998 tellen we 447 overlijdens als gevolg van alcoholgebruik, in 2002 zijn het er in totaal 432. Dat is een daling van 3,4%. De alcoholgerelateerde mortaliteit kent een piek in de leeftijdsgroep 45-64 jaar.
- ▶ Alcoholische leverziekte is verantwoordelijk voor het grootste deel van de alcoholspecifieke mortaliteit. Tussen 1998 en 2002 overleden er 21,7% meer mannen en 60,7% meer vrouwen aan deze aandoening.

Gezin en kinderen

- ▶ Het gezin en de kinderen zijn het meest kwetsbaar voor de gevolgen van het alcoholgebruik van een gezinslid. Alcoholgebruik van de moeder

kan het kind al voor de geboorte ernstige schade toebrengen (bijvoorbeeld FAS). In veel gevallen is alcoholgebruik oorzaak van kindermishandeling of -verwaarlozing. Alcoholgebruik van een van de ouders kan ook op financieel vlak zwaar wegen op een gezin. Ten slotte is ondertussen aangetoond dat kinderen van ouders met een alcoholprobleem zelf 2 tot 10 keer meer kans hebben om problematisch te gaan drinken.

- ▶ Er is een sterke relatie tussen alcohol en huiselijk geweld.

Werk

- ▶ Een derde van de totale maatschappelijke kost van alcoholgebruik heeft betrekking op de arbeidsomgeving.
- ▶ Het verband tussen alcoholgebruik en werkloosheid en alcoholgebruik en inkomen kan in de 2 richtingen werken.
- ▶ De impact van alcoholgebruik op absentisme is eerder klein maar er is wel een sterk verband tussen alcoholgebruik en een verminderde productiviteit (te laat komen op het werk, vroeger het werk verlaten, lager arbeidsvolume,...).
- ▶ Alcoholconsumptie speelt minder vaak een rol in arbeidsongevallen dan in andere ongevallen.

Agressie en geweld

- ▶ Alcohol werkt faciliterend voor agressief gedrag.
- ▶ Zware drinkers lopen een groter risico om slachtoffer te worden van geweldsmisdrijven.
- ▶ In 2002 werd in België bij 23% van de daders en bij 7% van de slachtoffers van intentioneel geweld chronisch alcoholgebruik vastgesteld.
- ▶ Ongeveer de helft van de seksuele aanrandingen wordt gepleegd door mannen die alcohol dronken. Meestal komt alcoholgebruik bij zowel dader als slachtoffer voor.
- ▶ Zowel acute alcoholintoxicatie als chronisch alcoholgebruik verhogen het risico op suïcide.
- ▶ 8% van de patiënten opgenomen in 5 PZ ondernam de laatste maand een zelfmoordpoging.

Ongevallen

- ▶ Zowel het geconsumeerde volume als de drinkfrequentie houden verband met ongevallen.
- ▶ In de periode 1995-1996 was bij 23% van de ongevallen in de privésfeer alcohol en drugs een voorbeschikkende factor. In 2002 wordt middelenmisbruik bij 21% van de ongevallen in de privésfeer vastgesteld. In 9,3% is er sprake van chronisch of acuut alcoholgebruik.
- ▶ Uit NIS-cijfers blijkt dat het aantal verkeersongevallen waarbij minstens 1 bestuurder klaarblijkelijk dronken is, tussen 1991 en 2001 met 10,7% afneemt. Het aantal ongevallen met licht gewonde slachtoffers steeg met 3%. Het aantal slachtoffers van ongevallen met minstens een dronken bestuurder daalt met 14,3% in de periode 1991-2001.
- ▶ Op basis van de BIVV-cijfers moeten we besluiten dat het totaal aantal ongevallen waarbij sprake is van alcoholgebruik tussen 1991 en 2002 met 3% steeg. In 2002 is bij 9,2% van alle ongevallen sprake van alcoholgebruik, in 1991 was dat nog in 7,3% van de ongevallen.
- ▶ Het percentage dronken bestuurders is het sterkst toegenomen bij de 25-29-jarigen en bij de 40-49-jarigen.

Rijden onder invloed en andere misdrijven

- ▶ Het aantal opgelegde ademtests tijdens de BOB-eindejaarscampagne steeg tussen 1995 en 2005 spectaculair.
- ▶ Het percentage positieve tests op het totaal daalde van 6,4% in 1995 tot 4,4% in 2005.
- ▶ Bij de meeste positieve tests bedraagt het alcoholgehalte 0,8 promille of meer.
- ▶ Het percentage ingetrokken rijbewijzen op het totaal aantal positieve alcoholtesten nam toe van 20,8% in 1995/1996 naar 28,8% in 2005/2006.
- ▶ In vergelijking met het jaar 2000 registreerden de politiediensten in 2004 5.435 meer misdrijven in verband met dronkenschap, alcohol en alcoholsluiterijen.
- ▶ Er werden in 2003 7,6% meer personen veroordeeld voor intoxicatie en dronkenschap in het verkeer.

- ▶ Het aantal veroordelingen op het niveau van de politierechtbanken voor openbare dronkenschap steeg tussen 1999 en 2004 met 13,8%.

Kosten en baten

- ▶ Het grootste deel van de sociale kost die alcoholgebruik met zich meebrengt wordt gedragen door de werkomgeving (36,5%). Op de tweede plaats komen de verkeersongevallen die 24% van de totale jaarlijkse kost vertegenwoordigen. De kosten voor productiviteitsverlies als gevolg van mortaliteit en morbiditeit samen zijn eveneens goed voor een kwart van de totale sociale kostprijs.



HOOFDSTUK 7

HULPVERLENING BIJ ALCOHOLPROBLEMEN: PROFIEL VAN CLIËNTEN IN BEHANDELING

Fred Laudens⁵³

In dit hoofdstuk wordt voor de periode 1994-2004 dieper ingegaan op trends in de alcoholgerelateerde hulpvraag en wijzigingen van het profiel van cliënten die in behandeling zijn voor alcoholproblemen.

Na een kort overzicht van het bestaande hulpverleningsaanbod voor mensen met alcoholproblemen wordt per echelon en hulpverleningsvorm besproken welke trends afgeleid kunnen worden uit de registratie van de hulpvraag.

In Vlaanderen gebeurt de registratie van de hulpvraag binnen de verschillende echelons en hulpverleningsvormen op dit moment niet uniform. Bepaalde laagdrempelige en ambulante hulpverleningsvormen (Anonieme Alcoholisten (AA), huisarts) registreren de hulpvraag sowieso niet systematisch. Hier kan alleen een beroep gedaan worden op eenmalige onderzoeken, wat het moeilijker maakt om trends te identificeren.

7.1 Hulpverleningsaanbod en zorggebruik in Vlaanderen

Om de cijfers in dit hoofdstuk te structureren wordt gebruikt gemaakt van het overzicht van het hulpverleningsaanbod in Vlaanderen van Verstuyf (2004).

De **nulde lijn** omvat alle vormen van hulpverlening die buiten het formele professionele hulpverleningscircuit vallen (Verstuyf, 2004). De *zelfhulpgroepen* brengen lotgenoten (ervaringsdeskundigen) samen die elkaar ondersteuning en informatie

53. Stafmedewerker VAD

bieden. De bekendste zelfhulpgroep voor mensen met alcoholproblemen zijn de AA. De *DrugLijn*, De Vlaamse telefonische informatielijn waar iedereen terecht kan met vragen over alcohol en andere drugs behoort ook tot de nulde lijn.

De **eerstelijnszorg** bestaat uit de laagdrempelige, niet-gespecialiseerde ambulante hulpverlening. Het eerste echelon is ruim verspreid en is voor vele mensen met alcoholproblemen het eerste contactpunt met de professionele hulpverlening. De taak van de eerste lijn bestaat vooral uit het detecteren en inschatten van de problematiek, vroeginterventie en indien nodig gericht doorverwijzen. De *huisarts* is een belangrijke actor op het eerste echelon. Door zijn vertrouwensrelatie en regelmatige contacten met de patiënt is de huisarts ideaal geplaatst om aan vroegdetectie te doen, het probleeminzicht te stimuleren, het motivatieproces verder te begeleiden en/of een doorverwijzing te doen naar de meer gespecialiseerde hulpverlening. Naast de huisarts kunnen ook *andere intermediairen* zoals thuisverpleging, Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW) aan vroeginterventie doen.

De **tweede lijn** wordt gevormd door de meer gespecialiseerde ambulante hulpverlening: de specialist met zijn privépraktijk en anderzijds, ambulante centra. Tal van *psychiaters en psychotherapeuten* leggen zich binnen hun privépraktijk toe op de begeleiding van mensen met alcoholproblemen. De CGG bieden hulp aan mensen met alcoholproblemen in de vorm van algemene ondersteuning en psychotherapie. Sommige CGG zijn gespecialiseerd in alcohol- en drugproblemen. Alle CGG zijn multidisciplinair samengesteld, extramuraal en bieden een geïntegreerd hulpverleningsaanbod voor mensen met psychische problemen. Sommige PZ hebben ook een ambulant hulpverleningsaanbod voor mensen met alcoholproblemen in de vorm van 'dagbehandeling'.

Bij problematisch alcoholgebruik met ernstige medische en/of psychiatrische complicaties, of als er een klinische detoxificatie nodig is, wordt meestal doorverwezen naar de residentiële **derdelijnshulpverlening**. Een opname heeft een aantal ingrijpende neveneffecten: de cliënt wordt uit zijn thuismilieu gehaald, de kans op werkverlies is groot en de reactie van de buitenwereld is niet te onderschatten. Op de spoedopnamedienst van AZ komen vaak mensen terecht met acute somatische klachten als gevolg van alcoholmisbruik. De *Psychiatrische Afdeling van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ-dienst)* richt zich vooral op crisisopvang, detoxificatie en acute psychiatrische complicaties als gevolg van middelengebruik. Ten slotte hebben de meeste PZ ook een zorgenheid voor afhankelijkheidsproblematiek. Hier wordt een totaalpakket van zorgfuncties aangeboden: crisisopvang, screening, detoxificatie, behandeling, beschut wonen en nazorg.

Naast deze residentiële hulpverleningsvormen die een specifiek aanbod hebben voor patiënten met een alcoholproblematiek kunnen alcoholgebruikers uitzonderlijk ook terecht komen in de residentiële revalidatiecentra voor drugverslaaf-

den met een RIZIV-conventie, zijnde de crisisinterventiecentra (CIC), de behandelingscentra en de Therapeutische Gemeenschappen (TG), al vormen patiënten met een alcoholproblematiek zeker niet de eerste doelgroep voor deze centra.

De hulpvraag (of het zorggebruik) is slechts in beperkte mate bruikbaar als indicator van problematisch alcoholgebruik. Heel wat mensen met alcoholproblemen komen niet of zeer laat in contact met de hulpverlening.

In de *European Study on Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMEd) werd de prevalentie van en het zorggebruik voor mentale stoornissen (waaronder alcoholgerelateerde stoornissen), door middel van interviews nagegaan. De interviews werden afgenomen in 2001-2002 bij een steekproef van niet-geïstitutionaliseerde Belgen van 18 jaar en ouder (Bruffaerts e.a., 2004b). Alcoholgerelateerde stoornis werd gediagnosticeerd volgens de DSM-IV-criteria. Het zorggebruik werd gedefinieerd als minstens 1 contact met een professionele hulpverlener wegens emotionele redenen in de 12 maanden voor het interview.

1,8% van de bevroegden had in de 12 maanden voor het interview een alcoholgerelateerde stoornis. Personen met een stemmingsstoornis raadpleegden het vaakst een professionele hulpverlener (43,2%), gevolgd door personen met een angststoornis (38,1%) en personen met een alcoholgerelateerde stoornis (16,5%) (tabel 7.1).

Tabel 7.1 Personen in de Belgische bevolking die professionele hulp zochten om emotionele redenen opgedeeld per discipline (2001-2002)

	raadpleging hulpverlener	alle personen die professionele hulp zochten			
		enkel huisarts	enkel psycholoog	enkel psychiater	huisarts + psychiater
stemmingsstoornis	43,2%	35,6%	5,8%	11,2%	49,7%
angststoornis	38,1%	35,7%	19,1%	10,2%	34,1%
alcoholgerelateerde stoornis	16,5%	10,1%	10,8%	23,3%	55,8%

Bron: Bruffaerts e.a., 2004b

Slechts 1 op de 6 personen met klinisch gediagnosticeerde alcoholgerelateerde stoornis vindt dus de weg naar de professionele hulpverlening. Meer dan de helft van de personen die hulp zochten omwille van problematisch alcoholgebruik (55,8%) gingen ten rade bij zowel de huisarts als de psychiater. Een vierde ging enkel naar de psychiater en 1 op de 10 ging enkel naar de huisarts respectievelijk psycholoog.

De helft van de personen die hulp zochten omwille van problematisch alcoholgebruik kreeg een medicamenteuze behandeling (tabel 7.2). Een derde kreeg een combinatie van medicatie en psychologische behandeling en een tiende kreeg uitsluitend een psychologische behandeling.

Tabel 7.2 Gekregen behandeling na het zoeken van professionele hulp door mensen met een alcoholgerelateerde stoornis (2001-2002)

enkel medicamenteuze behandeling	43,2%
enkel psychologische behandeling	38,1%
medicamenteuze én psychologische behandeling	36,1%
totaal	16,5%

Bron: Bruffaerts e.a., 2004b

7.2 Nulde lijn

7.2.1 *Zelfhulpgroepen: Anonieme Alcoholisten*

De AA biedt als zelfhulpgroep op een laagdrempelige wijze hulp aan mensen met alcoholproblemen. Anonimiteit en discretie zijn belangrijke principes van de AA en dit weerspiegelt zich ook in de schaarste aan registratiegegevens.

In 2000 hield het Comité Openbare Informatie (COI) van de Vlaamse AA-afdeling een ledenenquête om een profiel te schetsen van de eigen leden (Anonieme Alcoholisten, 2000). Sindsdien zijn er geen nieuwe data meer vrijgegeven.

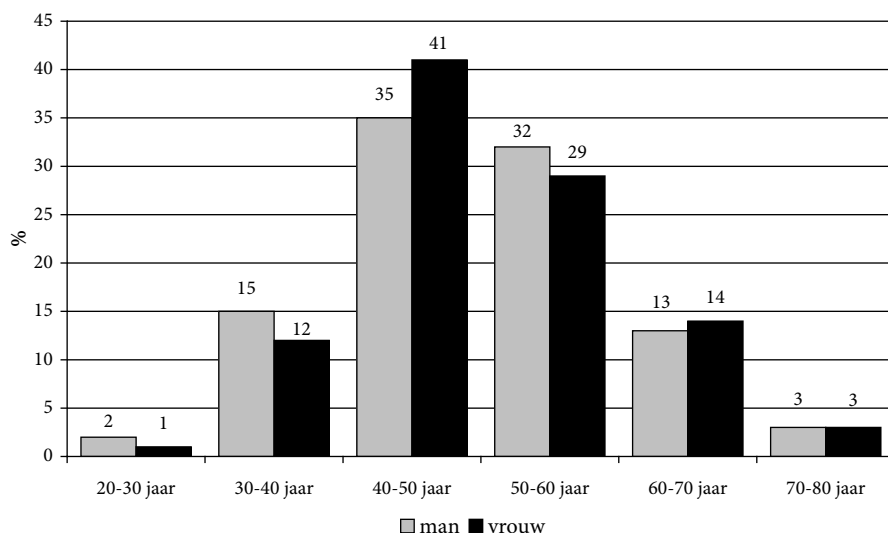
De AA schatte haar aantal leden over de 370 groepen in Vlaanderen op 6.000. In 1993 telde de Vlaamse AA-afdeling een 350-tal groepen. Met de ledenenquête werden 1.674 personen bereikt.

De AA-leden bestaan ongeveer voor drie vierde uit mannen. Sinds 1993 is het aandeel vrouwen echter toegenomen (22% in 1993 en 26% in 2000). De toename van het aandeel vrouwelijke leden is een evolutie die reeds in de jaren zeventig is ingezet.

De meeste leden, zowel bij mannen als bij vrouwen, zijn tussen de 40 en de 50 jaar (grafiek 7.1). 87% van de vrouwelijke AA-leden en 83% van de mannelijke AA-leden is ouder dan 40 jaar. Van de vrouwelijke AA-leden is 21% al meer dan 10 jaar nuchter, 52% is tussen 1 en 10 jaar nuchter en 27% is minder dan 1 jaar nuchter.

Onder de bevraagde mannen is 36% al meer dan 10 jaar nuchter en 47% is tussen 1 en 10 jaar nuchter.

Grafiek 7.1 Leeftijd en sekse van AA-leden (2000)



Bron: Anonieme Alcoholisten, 2000

Ongeveer een derde van de bevraagde leden kwam bij de AA terecht na te zijn doorverwezen door een ziekenhuis of de huisarts. Een vijfde kwam op eigen initiatief en bij een vierde speelde de familie en/of de vrienden een belangrijke rol. Ten slotte nam 1 op de 6 de beslissing om naar de AA te stappen na contact met een ander AA-lid.

Een derde van de vrouwelijke AA-leden is huisvrouw, een vierde is bediende en een tiende is arbeidster. Het overige deel zijn gepensioneerden, werklozen en zelfstandigen. De mannelijke AA-leden bestaan voor een derde uit bedienden. Een vijfde is arbeider, een zevende is gepensionerd en 1 op de 8 heeft een zelfstandigenstatuut.

7.2.2 DrugLijn

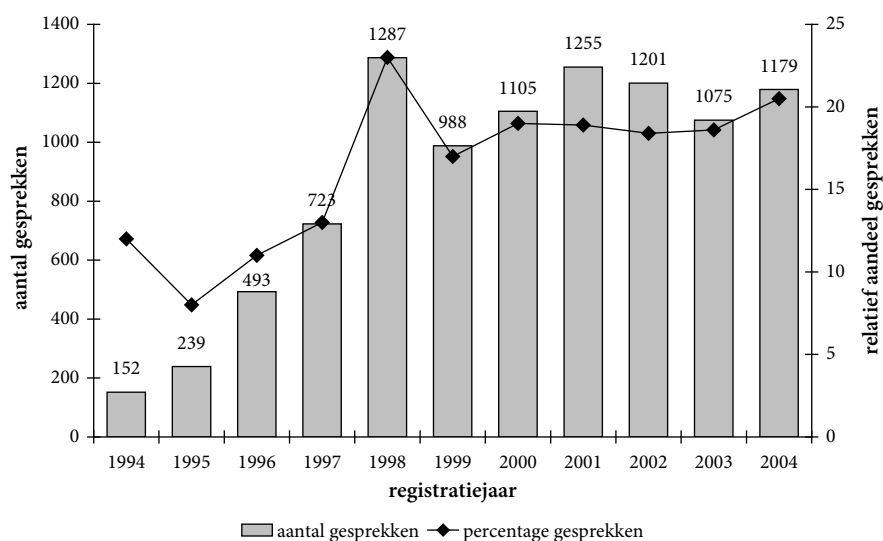
De DrugLijn bestaat sinds 1994 en biedt een anoniem en laagdrempelig toegangskanaal aan iedereen in Vlaanderen die vragen heeft over alcohol, psychoactieve medicatie, illegale drugs en gokken. Sinds 2005 is het ook mogelijk om via e-mail vragen te stellen aan de DrugLijn.

Na elk telefoongesprek registreert de DrugLijn op anonieme wijze persoonsgebonden gegevens zoals leeftijd en geslacht van de beller. Daarnaast worden ook gegevens over de informatie- of hulpvraag geregistreerd zoals de gemoedstoestand van de beller, productinformatie en productcategorie.

Het aantal jaarlijkse effectieve gesprekken is de eerste 3 jaren na de oprichting van de DrugLijn sterk gestegen en schommelt sinds 1997 tussen 5.190 en 6.527 (DrugLijn, 2005). Vragen over cannabis komen veruit het meest voor, gevolgd door vragen over alcohol.

Het aandeel gesprekken waar alcohol aan bod komt, is geleidelijk toegenomen van 12% in 1994 tot 20,5% in 2004 (grafiek 7.2) (VAD, 2006). 1998 was een piekjaar waarbij in 23% van de gesprekken alcohol aan bod kwam. Het stijgend aandeel gesprekken over alcohol kan waarschijnlijk ten dele verklaard worden doordat steeds meer mensen beseffen dat de DrugLijn niet enkel vragen over illegale drugs beantwoordt.

Grafiek 7.2 Aandeel gesprekken over alcohol bij de DrugLijn (1994-2004)



Bron: VAD, 2006

39,8% (n=601) van de bellers die in de periode 2001-2005 geregistreerd werden met alcohol als belangrijkste product namen contact met de DrugLijn voor vragen over hun eigen alcoholgebruik (VAD, 2006). In 44,3% (n=668) van de gevallen belde iemand uit de naaste omgeving (ouder, partner, kameraad, ...) naar de DrugLijn en 15,9% (n=240) van de bellers maakte deel uit van de bredere omgeving (arts, school, ...).

58,9% (n=354) van de bellers waarvan het geslacht werd geregistreerd en die in de periode 2001-2005 vragen hadden over alcohol waren mannen.

36,5% (n=335) van de bellers waarvan de leeftijd werd geregistreerd en die in de periode 2001-2005 vragen hadden over hun eigen gebruik van alcohol was tussen 40 en 49 jaar. De tweede grootste leeftijdsgroep (24,3% (n=223)) zijn de 30-39-jarigen, gevolgd door de 20-29-jarigen (19,3% (n=177)) en de 50-59-jarigen (15,1% (n=139)). Slechts 4,8% (n= 44) van de bellers is jonger dan 20 of ouder dan 59 jaar.

7.3 Ambulante hulpverlening op de eerste lijn

7.3.1 Huisartsen

Voor gegevens over de alcoholgerelateerde hulpvraag bij huisartsen kan gebruik gemaakt worden van een peilpraktijk uit 1993 die bij een aantal Belgische huisartsen werd uitgevoerd. Daarnaast werd in 1997-1998 een regionaal onderzoek uitgevoerd bij een groep huisartsen waarbij specifiek gepeild werd naar het alcoholgebruik van patiënten. Ten slotte werd in 1999 bij Belgische huisartsen een onderzoek uitgevoerd naar het voorkomen van mentale stoornissen (waaronder alcoholgerelateerde stoornis).

In 1993 leverden 129 huisartsenpeilpraktijken in België gegevens aan over de consultatie van de huisarts voor overmatig alcoholgebruik (Devroey & Van Casteren, 1997 & 2000). Elke eerste consultatie omwille van somatische, psychische of andere problemen als gevolg van overmatig alcoholgebruik werd geregistreerd en gedurende 12 maanden gevolgd. De huisartsenpeilpraktijken leverden bruikbare gegevens op over 458 patiënten. Er werd meer overmatig alcoholgebruik geregistreerd bij mannen (69%) dan bij vrouwen (31%).

54% van de geregistreerde mannen drinkt meer dan 10 drinks per dag (tabel 7.3). De meeste geregistreerde vrouwen (51%) drinken tussen 5 en 10 glazen per dag. In de meeste gevallen wordt er 7 dagen op 7 alcohol gedronken (tabel 7.3).

Tabel 7.3 Alcoholgebruik bij huisartspatiënten in België (1993)

	mannen		vrouwen		totaal	
aantal drinks per dag	N (n=312)	%	N (n=138)	%	N (n=450)	%
< 5	25	8	17	12	42	9
5-10	117	38	70	51	187	42
> 10	170	54	51	37	221	49
aantal dagen per week	N (n=313)	%	N (n=140)	%	N (n=453)	%
< 2	23	7	13	9	36	8
2-6	104	33	50	36	154	34
7	186	60	77	55	263	58

Bron: Devroey & Van Casteren, 2000

86% van de patiënten waarvan de duur van het alcoholprobleem gekend was, had dit probleem reeds meer dan een jaar. De problemen waarvoor naar de huisarts wordt gestapt, zijn vooral van relationele aard (56%). In 46% van de gevallen ging het om psychische problemen. Somatische (41%) en professionele problemen (25%) kwamen ook vrij vaak voor. Na 2 weken was 70% van de patiënten nog onder begeleiding van de huisarts. Slechts 28% werd doorverwezen naar de tweede lijn.

Van de 458 geregistreerde patiënten zijn er over 12 maanden heen 149 (33%) die een ambulante ontwenningskuur volgden onder begeleiding van de huisarts. 76 (17%) patiënten werden gehospitaliseerd en 73 (16%) werden verwezen naar een psychiater. Geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking berekenden de onderzoekers dat in 1993 10.169 behandelingen werden verricht door huisartsen, 5.135 personen werden gehospitaliseerd en 4.933 patiënten werden doorverwezen naar een psychiater (tabel 7.4).

Het gebruik van geneesmiddelen tijdens de ambulante ontwenning bij de huisarts werd enkel bevraagd tijdens de eerste periode van 6 maanden. Gedurende de eerste periode van 6 maanden volgden 140 personen (39%) een ambulante ontwenningskuur bij de huisarts. 86% van de 140 patiënten kreeg medicatie. De meeste patiënten (60%) kregen meer dan 1 geneesmiddel voorgeschreven. 53% van de patiënten kreeg vitamine B voorgeschreven, 48% kreeg benzodiazepines en 38% kreeg neuroleptica.

Van de 458 geregistreerde gevallen zijn 80 patiënten (17%) na 1 jaar gestopt met drinken. Het percentage stoppers verschilt naargelang de behandeling (tabel 7.5). Van de 12 patiënten die zijn verwezen naar de AA is twee derde gestopt met drin-

Tabel 7.4 Behandeling van alcoholgerelateerde problemen in de loop van 12 maanden na initiële registratie in België (1993)

aard behandeling	N (N=458)	jaarprevalentie/ 100.000 inwoners	jaarprevalentie/ Belgische bevolking
ambulante ontwenning (bij de huisarts)	149	101	10.169
verwijzing naar psychiater	73	49	4.933
verwijzing naar gespecialiseerd centrum	50	34	3.423
hospitalisatie	76	51	5.135
andere behandeling	57	39	3.927

Bron: Devroey & Van Casteren, 1997

ken. Van de 50 patiënten die naar een gespecialiseerd centrum zijn verwezen is 30% gestopt met drinken. Op de derde plaats komt de ambulante ontwenning bij de huisarts waardoor 27% kon stoppen met drinken. Zonder behandeling slagen er slechts weinig patiënten in te stoppen met drinken (7%). Men moet hier wel voor ogen houden dat de meeste patiënten een combinatie van behandelingen doorliepen.

Tabel 7.5 Resultaten van de behandeling van alcoholgerelateerde problemen per type van behandeling (1993)

aard behandeling	N	aantal gestopt	% gestopt
verwijzing naar AA	12	8	67
verwijzing naar gespecialiseerd centrum	50	15	30
ambulante ontwenning bij de huisarts	149	40	27
hospitalisatie	76	15	20
verwijzing naar psychiater	73	13	18
andere behandeling	45	6	13
geen behandeling	123	8	7
onbekende behandeling	48	2	4

Bron: Devroey & Van Casteren, 1997

Aertgeerts e.a. (2000) onderzochten de prevalentie van overmatig alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid binnen de huisartsenpopulatie in Vlaanderen op basis van de DSM-III-R-criteria. 69 huisartsen in de regio Mechelen-Leuven-Tienen

participeerden aan dit onderzoek. Zij bevroegen in 1997 en 1998 een willekeurig staal van meerderjarige patiënten die op consultatie kwamen.

418 (22,1%) patiënten van de onderzochte populatie dronk nog nooit alcohol (tabel 7.6). Bij 178 patiënten (8,9%) stelde de arts de diagnose alcoholmisbruik of -afhankelijkheid (laatste jaar) (13,6% mannen en 4,5% vrouwen). De lifetimeprevalentie lag hoger (13,7%).

Tabel 7.6 Laatstejaarsgebruik van alcohol bij huisartspatiënten in Vlaanderen (1997-1998)

		mannen (N= 970)		vrouwen (N= 1.019)		totaal (N= 1.989)	
		N	%	N	%	N	%
nooit alcohol		155	16,6	263	25,8	418	22,1
DSM-III-R-positief	voorbije jaar	132	13,6	46	4,5	178	8,9
	lifetime	199	20,5	73	7,2	272	13,7
alcoholmisbruik	voorbije jaar	74	7,6	20	2,0	94	4,7
	lifetime	128	13,2	41	4,0	169	8,5
alcoholafhankelijk	voorbije jaar	58	6,0	26	2,6	84	4,2
	lifetime	91	9,4	37	3,6	128	6,4

Bron: Aertgeerts e.a., 2000

De diagnose van alcoholmisbruik (4,7%) tijdens het voorbije jaar werd bij iets meer patiënten gesteld dan de diagnose van alcoholafhankelijkheid (4,2%). De lifetimeprevalentie van alcoholmisbruik (8,5%) ligt eveneens hoger dan de lifetimeprevalentie van alcoholafhankelijkheid (6,4%). Wordt er gekeken naar de sekse en de leeftijd, dan blijkt dat 18% van de mannen tussen 18 en 60 jaar een alcoholprobleem heeft. Slechts 1 vrouw van boven 60 jaar is alcoholafhankelijk.

Een onderzoek onder Belgische huisartsen in 1999 bracht aan het licht dat psychiatrische stoornissen ook voorkomen bij patiënten die een huisarts consulteren (Ansseau e.a., 2004). In 5,4% van de gevallen werd de huisarts geconsulteerd voor een psychiatrisch probleem. Het PRIME-MD⁵⁴ screeningsinstrument detecteerde een psychiatrische stoornis bij 42,5% van de steekproef: 43,8% van de vrouwen en 40,8% van de mannen. Alcoholstoornis (alcoholmisbruik of -afhankelijkheid) kwam voor in 10,0% van de steekproef. Dit kwam frequenter voor bij mannen (18,6%) dan bij vrouwen (4,1%). Een alcoholstoornis werd frequent geassocieerd met ofwel een somatische of een stemmingsstoornis ofwel een angststoornis.

54. PRIME-MD (*Primary care Evaluation of Mental Disorders*) is een gestandaardiseerd instrument om mentale stoornissen op te sporen in de eerstelijnszorg of in de algemene bevolking.

7.3.2 Centra Algemeen Welzijnswerk

De CAW kunnen onderverdeeld worden in een zestal groepen van autonome werksoorten: ambulant welzijnswerk, thuislozenzorg, jongerenadviescentra, justitieel welzijnswerk, diensten slachtofferhulp en nog een aantal kleinere werksoorten.

De CAW kunnen in hun registratiesysteem afhankelijkheidsproblemen registreren onder de hoofdrubriek 'psychische en persoonlijke stoornissen' (Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, 2005). Centra zijn slechts verplicht om tot het niveau van de hoofdrubriek te registreren waardoor heel wat afhankelijkheidsproblemen niet terug te vinden zijn in de registratiegegevens. In 2002 startten de CAW met een nieuw cliëntregistratiesysteem (Tellus). In de beginperiode registreerden nog niet alle centra waardoor de gegevens niet betrouwbaar zijn. 2004 is in feite het eerste jaar waarover het CAW registratiedata rapporteert.

In 2004 bedroeg het aantal cliënten waarbij een afhankelijkheidsprobleem werd geregistreerd bij de aanmelding 3.761 (3,4%) op een totaal van 111.252 (tabel 7.7). 19,3% (N=724) van de 3.761 onthaalfiches met afhankelijkheidsproblemen had betrekking op alcoholproblemen.

Tabel 7.7 Aantal cliënten met een alcoholproblematiek in de CAW (2004)

	onthaal	begeleiding
totaal aantal cliënten	111.252	41.389
aantal cliënten met een verslavingsproblematiek	3.761	2.162
aantal cliënten met een verslavingsproblematiek - alcohol	724	624

Bron: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, 2005

Van de cliënten geregistreerd op de onthaalfiches kan verder gekeken worden naar de cliëntkenmerken. Onder de 724 geregistreeerde cliënten die zich in 2004 bij het onthaal aanbieden met alcoholproblemen waren 583 mannen (81,2%). Driekwart van deze groep (74,4%) is tussen 26 en 59 jaar oud. 10,4% is tussen 18 en 25 jaar, 3,3% is minderjarig en 5,9% is ouder dan 60 jaar. De meeste cliënten (40,9%) werden opgevangen in opvangcentra voor mannen. 18,0% werd ambulant begeleid en 7,0% kon terecht bij de Jongeren Advies Centra (JAC). 7,0% vond onderdak in de residentiële crisisopvang. 5,8% werd opgevangen door gezins- en relatiebegeleiding en 5,7% door ambulante crisishulpverlening. De overige 15,6% werd begeleid door andere werksoorten binnen het algemeen welzijnswerk.

In 2004 werd bij 2.162 cliënten (5,2%) op 41.389 een afhankelijkheidsprobleem vermeld op de begeleidingsfiche. Bij de begeleiding werd 624 keer alcoholproblemen geregistreerd. Dat is 28,8% op een totaal van 2.162 afhankelijkheidsproblemen.

Begeleid (zelfstandig) wonen voor thuislozen

Het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk (SAW) voerde in 2000 een behoeftepeiling in het begeleid (zelfstandig) wonen voor thuislozen (Lescrauwaet, 2001). Uit de doorlichting van de werkingen begeleid wonen gericht op thuislozen blijkt dat op 31 december 2000 bijna een vierde van de cliënten met een afhankelijkheidsproblematiek kampt, meestal van alcohol (16%). 7% kent een combinatie van een psychiatrische problematiek met een afhankelijkheidsproblematiek (zogenaamde dubbele diagnose). Daarnaast werd een profiel gemaakt van thuislozen die niet werden opgenomen in het begeleid wonen omdat het volzet was.

Tabel 7.8 Problematiek van het bereikt en het niet-bereikt cliënteel van begeleid wonen

problematiek	profiel aanwezig cliënteel		profiel niet bereikte doelgroep	
	N	%	N	%
ontankering gepaard gaande met alcoholverslaving	115	16	53	13
met drug/medicatieverslaving	32	4	52	12
met meervoudige verslaving	24	3	36	9
met psychiatrische problematiek	96	13	55	13
met laagbegaafdheid of mentale handicap	126	17	82	19
met dubbele diagnose	51	7	38	9
i.v.m. (afgewezen) asielaanvraag	36	5	8	2
gebrek aan sociaal administratieve vaardigheden	-	0	-	0
ontbreken mantelzorg	2	0	3	1
zorgbehoevendheid	16	2	5	1
multiële sociale problematiek	233	32	77	18
andere	5	1	13	3
totaal	736	100	422	100

Bron: Lescrauwaet, 2001

Een derde van de niet-opgenomen doelgroep (33,4%) heeft een afhankelijkheidsproblematiek (tabel 7.8). Bij 9% werd een dubbele diagnose gesteld. Uit een vergelijking van het bereikte en het niet-bereikte cliënteel blijkt dat thuislozen met een drugafhankelijkheid of met een dubbele diagnose moeilijker terecht kunnen in het begeleid wonen.

7.4 Ambulante hulpverlening op de tweede lijn

7.4.1 *Privépsychiaters en psychotherapeuten*

De Vlaamse Vereniging voor Klinisch Psychologen (VVKP) en de Vlaamse Vereniging voor Psychiaters-Psychotherapeuten (VVPP) houden geen systematische registratiegegevens bij van de aanmeldingsproblematiek van cliënten die hulp zoeken bij psychologen of psychiaters.

Of mensen met alcoholproblemen hulp zoeken bij privépsychiaters of psychologen werd wel bestudeerd in onderzoek. In de ESEMeD-studie werd het zorggebruik nagegaan van personen met een alcoholgerelateerde stoornis (Bruffaerts e.a., 2004b) (zie ook 7.1). 1,8% van de bevraagden in de ESEMeD-steekproef had een alcoholgerelateerde stoornis in de laatste 12 maanden voor het interview. 89,9% van de mensen met een alcoholgerelateerde stoornis die hulp zochten, gingen ten rade bij een psycholoog, een psychiater of een psychiater en de huisarts (tabel 7.9). De meeste mensen (79,1%) zoeken hulp bij een psychiater al of niet in combinatie met de huisarts.

Tabel 7.9 Personen in België die hulp zochten omwille van alcoholgerelateerde stoornissen (2001-2002)

enkel huisarts	10,1%
enkel psycholoog	10,8%
enkel psychiater	23,3%
huisarts + psychiater	55,8%
andere	0,0%
totaal	16,5%

Bron: Bruffaerts e.a., 2004b

7.4.2 *Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg*

Personen met alcoholproblemen kunnen voor ambulante gespecialiseerde hulp terecht in 1 van de 21 CGG in Vlaanderen.

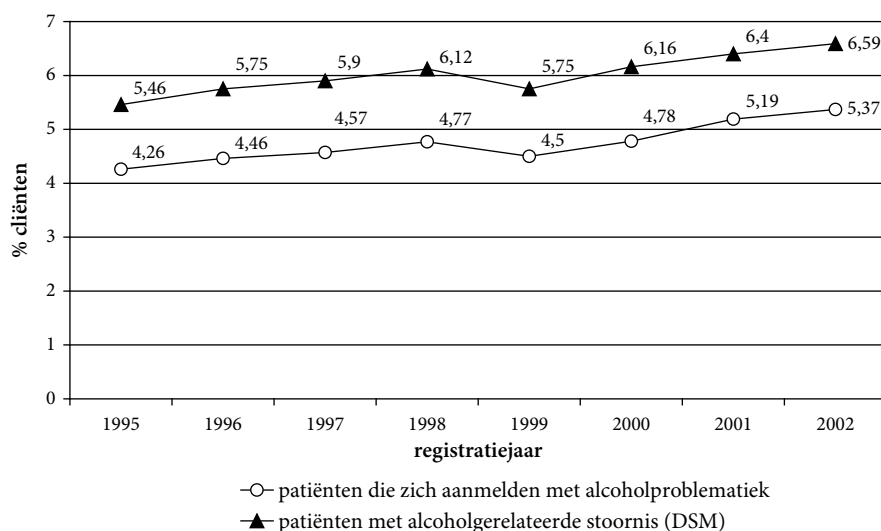
Tot 2002 was de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (VVGG) verantwoordelijk voor de registratie van de hulpvraag in de CGG in Vlaanderen. De hulpvraag werd geregistreerd volgens DSM-criteria (DSM-III-R tot 1996 en DSM-IV vanaf 1997). De teleenheid in de VVGG-registratie is de patiënt. In 1995 namen 82 CGG deel aan de registratie, in 2002 participeerden 88 CGG.

Sinds 2003 wordt de registratie van de hulpvraag in de CGG gecoördineerd door de Vlaamse Administratie Gezondheidszorg. Hiervoor werd een nieuw registratieprogramma (Arcade) ontwikkeld dat niet volledig vergelijkbaar is met de VVGG-registratie. De hulpvraag wordt in Arcade eveneens geregistreerd volgens DSM-IV-criteria. In Arcade is de teleenheid echter het aantal zorgperiodes of dossiers. 99% van de zorgperiodes binnen 1 jaar staat wel voor 1 unieke cliënt.

In de registratie van 1995-2002 wordt eerst en vooral opgetekend met welke klacht de cliënt zich aandient (totaal aantal patiënten dat zich aanmeldt met alcoholproblematiek). Daarnaast gebeurt een registratie van de klachten en problemen door de hulpverlener op basis van het DSM-IV-classificatiesysteem (totaal aantal patiënten met alcoholgerelateerde stoornis).

Tussen 1995 en 2002 is er een lichte maar consistente stijging van enerzijds de aanmeldingen voor alcoholproblematiek en anderzijds de DSM-IV-diagnose voor alcoholgerelateerde stoornissen⁵⁵ (VVGG, 2005).

Grafiek 7.3 Percentage cliënten met alcoholproblemen in de CGG (1995-2002)



Bron: VVGG, 2005

55. De aan een middel gebonden stoornissen worden in de DSM-IV onderverdeeld in 2 groepen: de stoornissen *in* het gebruik van een middel (afhankelijkheid en misbruik) en de stoornissen *door* het gebruik van een middel (intoxicatie, onthouding, delirium, persisterende dementie, persisterende amnestische stoornis, psychotische stoornis, stemmingsstoornis, angststoornis, seksuele dysfunctie, slaapprobleem) (American Psychiatric Association, 1995).

4,3% (n=1.949) van de cliënten geregistreerd in 1995 *meldde zich aan met alcoholproblemen* (grafiek 7.3). Voor het registratiejaar 2002 bedroeg het aandeel cliënten met alcoholproblemen bij aanmelding 5,4% (n=2.894). Bij de aanmeldingen wordt de problematiek onderschat omdat een aantal CGG de aanmeldingsproblematiek enkel scoort op hoofdcategorie (afhankelijkheid van middelen en niet afhankelijkheid van alcohol).

Ook het aandeel cliënten met de *DSM-IV-diagnose van stoornissen door alcohol* steeg tussen 1995 en 2002 van 5,5% (n=2.421) naar 6,6% (n=3.457). De absolute stijging van het aantal cliënten met alcoholproblemen is ook het gevolg van een stijging van het totaal aantal cliënten in CGG (45.730 in 1995 en 53.849 in 2002).

Voor de recente CGG-registratiedata van 2003 tot 2004 kunnen we het aantal zorgperiodes vergelijken waarvoor de DSM-IV-diagnose aan alcohol gebonden stoornissen werd vastgesteld.

In 2003 werden in de CGG 4.380 zorgperiodes voor middelengerelateerde stoornissen opgetekend (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2005). 53,8% (n=2.355) van de zorgperiodes heeft betrekking op alcoholgerelateerde stoornissen. 1.535 van de 2.355 zorgperiodes (65,2%) voor aan alcohol gebonden stoornissen zijn nieuwe zorgperiodes die in 2003 werden opgestart.

In 2004 bedroeg het aantal middelengerelateerde zorgperiodes 4.234, waarvan 2.345 zorgperiodes (55,4%) betrekking hadden op alcoholgerelateerde stoornissen. 57,1% van de zorgperiodes (1.339 op 2.345) werd opgestart in 2004.

Het aantal zorgperiodes voor alcoholgerelateerde stoornissen is ongeveer even hoog in 2003 als in 2004 maar in 2004 werden er minder nieuwe zorgperiodes opgestart (-12,4%).

7 op de 10 van de nieuwe zorgperiodes voor alcoholgerelateerde stoornissen werden opgestart voor mannen (tabel 7.10). Bijna alle zorgperiodes hebben betrekking op volwassenen. De meeste nieuw opgestarte zorgperiodes zijn voor personen tussen 40 en 49 jaar. Dat is zowel voor de mannen als de vrouwen zo en tussen 2003 en 2004 zien we op dat gebied geen verschillen. Minder dan 1% van de nieuwe zorgperiodes werd opgestart voor minderjarigen.

Tabel 7.10 Nieuwe opgestarte zorgperiodes voor alcoholgerelateerde stoornissen in de CGG in 2003-2004 naar leeftijd en geslacht

aanmeldingsjaar 2003	vrouwen		mannen		totaal	
leeftijd	N	%	N	%	N	%
0-17 jaar	4	0,9	5	0,5	9	0,6
18-25 jaar	10	2,2	60	5,6	70	4,6
26-29 jaar	17	3,8	79	7,4	96	6,3
30-39 jaar	65	14,5	270	25,2	335	22,1
40-49 jaar	193	43,2	382	35,7	575	37,9
50-59 jaar	115	25,7	213	19,9	328	21,6
+60 jaar	43	9,6	62	5,8	105	6,9
totaal	447	100,0	1.071	100,0	1.518	100,0
aanmeldingsjaar 2004	vrouwen		mannen		totaal	
leeftijd	N	%	N	%	N	%
0-17 jaar	3	0,7	9	1,0	12	0,9
18-25 jaar	14	3,5	64	6,9	78	5,9
26-29 jaar	11	2,7	71	7,7	82	6,2
30-39 jaar	88	21,7	227	24,5	315	23,7
40-49 jaar	154	38,0	331	35,8	485	36,5
50-59 jaar	103	25,4	182	19,7	285	21,4
+60 jaar	32	7,9	41	4,4	73	5,5
totaal	405	100,0	925	100,0	1.330	100,0

Bron: Ministerie van de Vlaamse gemeenschap, 2005

7.5 Residentiële hulpverlening (derde lijn)

7.5.1 Minimale psychiatrische gegevens

Sinds 1 juli 1996 worden van cliënten opgenomen in de Belgische PZ en PAAZ-diensten Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG) bijgehouden. Vanaf 1 september 1998 zijn ook de Initiatieven Beschut Wonen (IBW) en de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) van start gegaan met de MPG-registratie (Ministerie van Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 1999).

De rapportage van de MPG-data is al een aantal keer gewijzigd waardoor slechts beperkte vergelijkingen mogelijk zijn. Voor 1996, 1997 en 1998 zijn er MPG-data voor de PZ en de PAAZ-diensten, voor 1998, 1999, 2000 en 2001 bestaan er MPG-data voor de IBW en de PVT en voor de periode 1999-2003 werd een meerjarenstatistiek gemaakt waarin geen onderscheid gemaakt wordt tussen de 4 types voorzieningen.

Psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen: 1996-1998

Voor 1996, 1997 en 1998 kijken we naar de gegevens over de beëindigde verblijven in de PZ en de PAAZ omdat deze alle MPG-gegevens bevatten over de opname, de behandeling en het ontslag. De data over de ontslagen cliënten zijn opgedeeld in 2 categorieën: enerzijds naar problemen bij opname en anderzijds naar problemen bij ontslag (met andere woorden: wat is de reden tot nazorg). We geven enkel de cijfers van het aantal ontslagen patiënten die alcoholproblemen hadden bij de opname.

Van de populatie die in 1996, 1997 en 1998 werd ontslagen in de PZ en de PAAZ-diensten bleek ruim een derde problemen met alcohol te hebben bij het begin van de eerste aanmelding (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 1997, 1998 & 1999). Aangezien de rapportage van de MPG-data voor 1996 enigszins verschilt van de rapportage in de daaropvolgende jaren is geen verdere vergelijking met 1996 mogelijk.

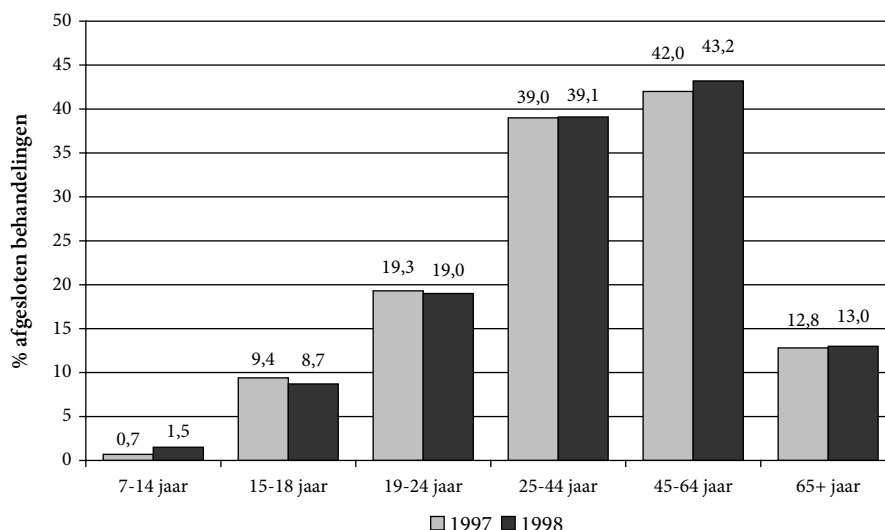
In 1997 droegen problemen met alcohol voor 28,6% (n=18.986) van de cliënten bij tot de aanmelding (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 1998). In 5,5% van de gevallen (n=3.634) waren problemen met alcohol secundair aanwezig.

In 1998 (83.376) werden er in totaal meer patiënten ontslagen in de PZ en PAAZ-diensten dan in 1997 (66.316) maar vinden we wel gelijkaardige verhoudingen in de mate dat een alcoholproblematiek bijdroeg tot de opname (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 1999). Van de ontslagen cliënten in 1998 had 29,1% (n=24.266) problemen met alcohol bij de aanmelding en bij 5,4% (n=4.497) waren problemen met alcohol secundair aanwezig bij de opname.

In de populatie ontslagen cliënten zijn er dubbel zoveel mannen dan vrouwen (respectievelijk 38,8% versus 18,3% in 1997 en 66,9% versus 33,1% in 1998) waarbij problemen met alcohol bijdroegen tot de aanmelding.

Van de patiënten die in 1997 en 1998 werden ontslagen en waarbij alcoholproblemen een rol speelden bij de opname is de grootste groep bij de aanmelding tussen 25 en 64 jaar oud (grafiek 7.4) (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 1998 & 1999).

Grafiek 7.4 Afgesloten behandelingen in PZ en PAAZ-diensten van patiënten met als aanmeldingsproblematiek alcoholproblemen in België naar registratiejaar en leeftijd (1997-1998)



Bron: Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 1998 & 1999

Initiatieven beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen: 1999-2001

Voor de patiënten die in 1999, 2000 en 2001 ontslagen werden uit de IBW en PVT kunnen we eveneens nagaan in hoeverre problemen in verband met alcohol bijdroegen tot de opname.

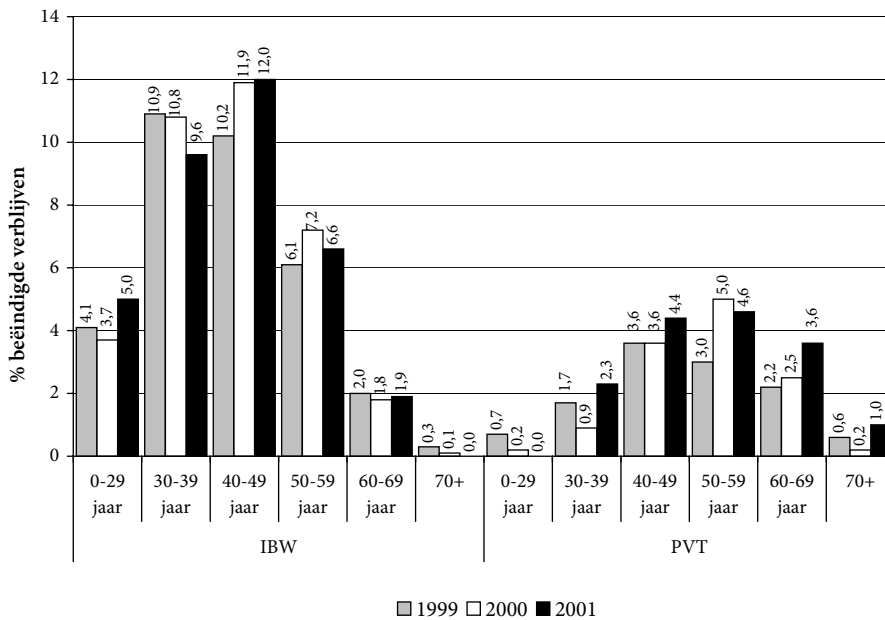
Van de populatie die in 1999 ontslagen werd in de IBW was bij 33,7% (n=511) een alcoholproblematiek aanwezig (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2006). In 2000 en 2001 had respectievelijk 35,5% (n=550) en 35,2% (n=498) van de ontslagen cliënten in de IBW een alcoholprobleem bij de opname. Tussen 1999 en 2001 zien we dus een kleine toename in het aandeel alcoholproblemen bij deze cliëntpopulatie.

Bij opname in de PVT speelt alcohol een veel kleinere rol: 11,7% (n=63) van de in 1999 ontslagen patiënten uit de PVT hadden een alcoholprobleem (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2006). In 2001 is het percentage ontslagen cliënten met alcoholproblemen tijdens de opname opgelopen tot 15,9% (n=83).

In de IBW zijn de meeste ontslagen patiënten die bij hun opname alcoholproblemen hadden tussen 30 en 49 jaar bij de opname (grafiek 7.5). In 2001 is het

aandeel patiënten dat jonger is dan 30 jaar toegenomen in vergelijking met 1999. In de PVT zijn deze patiënten over het algemeen ouder. De meeste patiënten zijn tussen 40 en 59 jaar. In vergelijking met 1999 zijn er in 2001 meer 60-plussers met alcoholproblemen opgenomen in de PVT.

Grafiek 7.5 Afgesloten behandelingen van patiënten met als aanmeldingsproblematiek alcoholproblemen in IBW en PVT in België naar leeftijd bij opname (1999-2001)



Bron: Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2006

Totaal aantal medisch psychiatrische opnamen: 1999-2003

Ten slotte kunnen we de geaggregeerde MPG-data voor de periode 1999-2003 bespreken. In deze cijfers wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen de verschillende types voorzieningen.

Tussen 1999 en 2003 schommelt het aandeel patiënten met de hoofddiagnose alcoholgerelateerde stoornis bij opname op het totale aantal patiënten rond 19%. Het gaat om het totale aantal aan alcohol gebonden stoornissen (dus zowel stoornissen in alcoholgebruik als stoornissen door alcohol uit de DSM-IV).

Het aantal patiënten met een alcoholgerelateerde stoornis wijzigde tussen 1999 en 2003 weinig en schommelt rond de 22.000 (tabel 7.11). Ongeveer 3 op de 10 pa-

tiënten met een alcoholgerelateerde stoornis zijn vrouwen. Het aantal en aandeel vrouwen met een alcoholgerelateerde stoornis neemt toe: van 6.566 in 1999 tot 7.067 in 2003 (+ 7,6%). Het aandeel mannen verminderde tussen 1999 en 2003 met 1,8%.

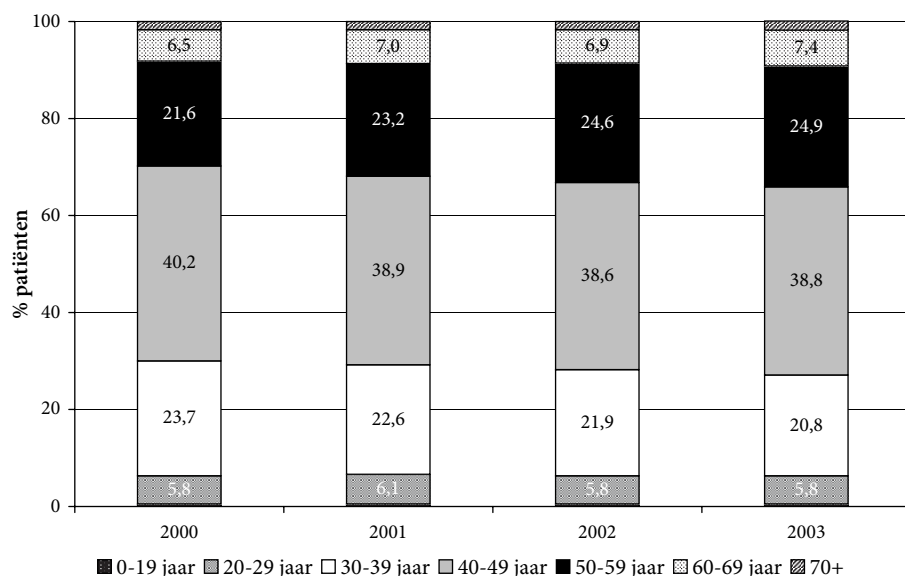
Tabel 7.11 Aantal patiënten met hoofddiagnose aan alcohol gebonden stoornissen bij medisch-psychiatrische opname in België naar registratiejaar en geslacht

	1999		2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
mannen	15.511	70,3	15.470	70,0	15.203	69,5	14.812	68,6	15.239	68,3
vrouwen	6.566	29,7	6.622	30,0	6.669	30,5	6.787	31,4	7.067	31,7
totaal	22.077	100,0	22.092	100,0	21.872	100,0	21.599	100,0	22.306	100,0

Bron: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2004

Vanaf het jaar 2000 kan de leeftijd in detail worden weergegeven (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2006). De meeste patiënten met een alcoholgerelateerde stoornis zijn tussen 40 en 49 jaar (grafiek 7.6).

Grafiek 7.6 Patiënten met hoofddiagnose aan alcohol gebonden stoornissen bij medisch-psychiatrische opname in België naar leeftijd



Bron: Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2006

Een kwart is tussen 50 en 59 jaar en 1 op de 5 is tussen 30 en 39 jaar. Het aandeel van de jongste (0-29 jaar) en de oudste patiënten (70+ jaar) is over de verschillende registratiejaren stabiel gebleven. In 2003 is het aandeel van de 30-49-jarigen op het totale aantal patiënten met een alcoholgerelateerde stoornis gedaald. Tussen 2000 en 2003 is een toename te merken in het percentage oudere cliënten (50-69 jaar) met een alcoholgerelateerde stoornis.

Bijna 9 op de 10 opnamen voor alcoholgerelateerde stoornissen, zowel bij mannen als vrouwen, worden beëindigd binnen hetzelfde registratiejaar (tabel 7.12). 5% van de patiënten (5,4% van de mannen en 4,1% van de vrouwen) die in 2003 geregistreerd waren met als hoofddiagnose aan alcohol gebonden stoornissen zijn in 2001 of vroeger opgenomen.

Tabel 7.12 Opnamejaar van de patiënten die in 2003 geregistreerd werden met hoofddiagnose aan alcohol gebonden stoornissen naar geslacht

	registratie- jaar				opnamejaar									
	2003		2003		2002		2001		2000		1999		1998 of vroeger	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
mannen	15.239	100,0	12.826	84,2	1.576	10,3	253	1,7	175	1,1	97	0,6	312	2,0
vrouwen	7.067	100,0	6.144	86,9	635	9,0	106	1,5	51	0,7	40	0,6	91	1,3
totaal	22.306	100,0	18.970	85,0	2.211	9,9	359	1,6	226	1,0	137	0,6	403	1,8

Bron: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2004

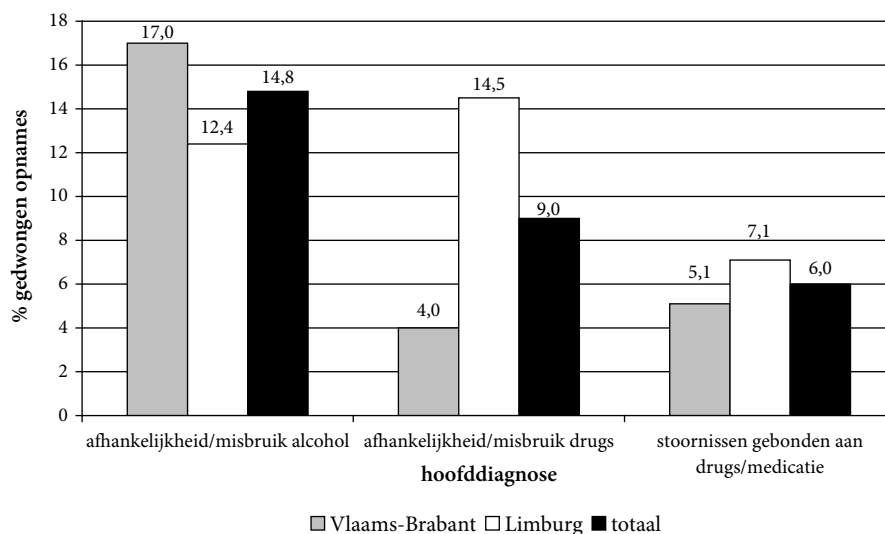
7.5.2 Gedwongen opname

In België komen mensen die in het kader van een gedwongen opname worden opgenomen terecht in psychiatrische centra die hiervoor een erkenning hebben. We beschikken over registratiedata voor de provincies Oost-Vlaanderen, Vlaams-Brabant en Limburg.

Claeys e.a. (2004) vergeleken de gedwongen opnamen in de provincies Vlaams-Brabant en Limburg voor de periode 2001-2003. Bij 20,6% van de gedwongen opnamen in de periode 2001-2003 werd schizofrenie als hoofddiagnose gesteld. Na schizofrenie zijn afhankelijkheid en misbruik van alcohol (14,8%), andere psychotische stoornissen (13,1%) en problematisch gebruik van drugs (9,0%) de meest voorkomende hoofddiagnosen. Bij 6% van de opnamen werd de diagnose van stoornissen gebonden aan drugs/medicatie gesteld.

Er zijn opvallende regionale verschillen bij de gedwongen opnamen voor afhankelijkheid en misbruik van alcohol (grafiek 7.7). In Vlaams-Brabant (17,0%) zijn er relatief meer gedwongen opnamen met als hoofddiagnose afhankelijkheid en misbruik van alcohol dan in Limburg (12,3%) (Claeys e.a., 2004).

Grafiek 7.7 Percentage gedwongen opnamen met middelengerelateerde stoornissen in Vlaams-Brabant en Limburg (2001-2003)



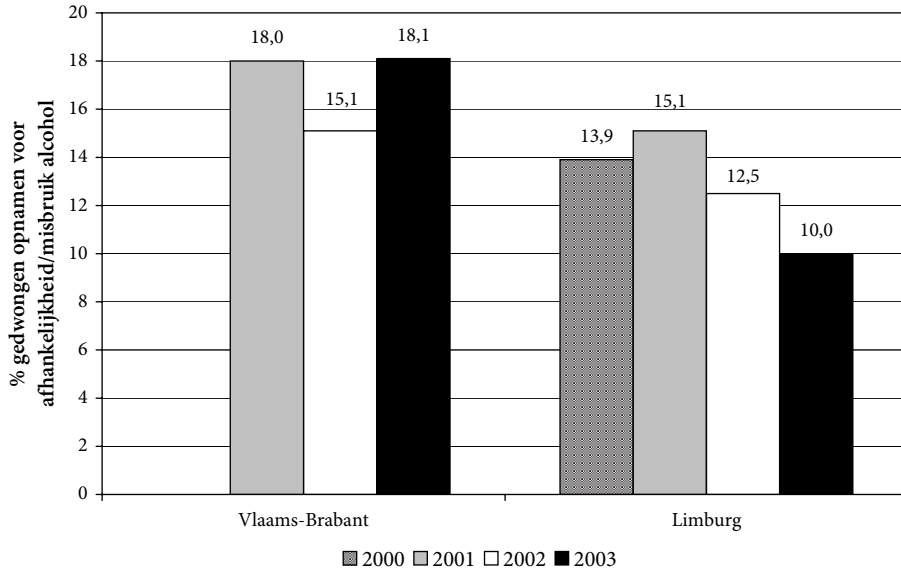
Bron: Claeys e.a., 2004

De gegevens over de gedwongen opnamen in de provincie Vlaams-Brabant worden jaarlijks gebundeld in een jaarverslag door het overlegplatform (Vranks, 2005). Voor Vlaams-Brabant kunnen dan ook tendensen over de tijd worden aangegeven. Het aantal gedwongen opnamen steeg in de provincie Vlaams-Brabant tussen 2001 en 2004 van 373 naar 435. De evolutie van het aandeel aan een middel gebonden stoornissen kenmerkt zich door een daling (100 in 2001 en 95 in 2004). Voor de hoofddiagnose afhankelijkheid en misbruik van alcohol is het aandeel in 2001 en 2003 gelijk (ongeveer 18%) na een terugval in 2002 (15,1%) (Claeys e.a., 2004) (grafiek 7.7).

Ook voor de provincie Limburg kan het aantal gedwongen opnamen van de laatste jaren vergeleken worden. Het aandeel patiënten in gedwongen opname omwille van de diagnose afhankelijkheid en misbruik van alcohol daalde in Limburg van 13,9% in 2000 naar 10,0% 2003 (grafiek 7.8).

In Oost-Vlaanderen nam het aantal gedwongen opnamen toe van 135 in 1994 naar 513 in 2004 (PopovGGZ, 2005). In 2003 bedroeg het aantal gedwongen op-

Grafiek 7.8 Percentage gedwongen opnamen met middelengerelateerde stoornissen in Vlaams-Brabant en Limburg (2001-2003)



Bron: Claeys e.a., 2004

namen nog 566. In 2004 was er in 38,4% van de gedwongen opnamen sprake van middelenmisbruik (tabel 7.13). Bij 22,4% van de gedwongen opnamen vormde middelenmisbruik de directe aanleiding voor de opname en bij 21,1% van alle opnamen werd alcoholafhankelijkheid of -misbruik vastgesteld.

Tabel 7.13 Relatie gedwongen opname en middelenmisbruik in Oost-Vlaanderen (2000-2004)

	aantal opnames	middelen- misbruik is aanleiding opname				voornaamste productcategorie					
		middelen- misbruik		aanleiding opname		alcohol		medicatie		illegale drugs	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2000	397	180	45,4	96	23,4	106	26,7	25	6,3	71	17,9
2001	450	169	37,6	97	21,6	100	22,2	15	3,3	66	14,7
2002	540	199	36,9	124	23,0	120	22,2	25	4,6	78	14,4
2003	566	205	36,2	134	23,7	106	18,7	29	5,1	97	17,1
2004	513	197	38,4	115	22,4	108	21,1	29	5,7	102	19,9

Bron: PopovGGZ, 2005

7.6 Gespecialiseerde drughulpverlening

7.6.1 *Vlaamse Registratie Middelengebruik*

De Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM) kent heel wat overlap met andere registratiesystemen die in dit hoofdstuk apart worden besproken, bijvoorbeeld de registratie bij de PZ, PAAZ-diensten en CGG. We besteden hier toch aandacht aan de VRM-registratie omdat ze toelaat om een directe vergelijking te maken tussen de verschillende werksoorten.

In 1996 meldden er zich 1.439 personen in de registrerende CGG, TG en CIC aan met als aanmeldingsproblematiek het gebruik van alcohol. Dit is 32,5% van de behandelingen gestart in 1996 (Van Baelen & Wydoodt, 1998). Het aandeel cliënten met alcoholgebruik onder vrouwen en mannen ligt ongeveer even hoog en de gemiddelde leeftijd van deze cliënten was 39,4 jaar (de hoogste gemiddelde leeftijd van alle productcategorieën). De gemiddelde leeftijd van cliënten met aanmeldingsproblematiek of hoofddiagnose alcoholgebruik lag in de TG en CIC 10 jaar hoger dan in de CGG.

In 1998 registreerden PZ, PAAZ-afdelingen, TG, CIC, CGG en het straathoekwerk (SHW) met het VRM-programma. In totaal wendden zich 3.991 personen tot deze gespecialiseerde hulpverleningsvormen voor het gebruik van alcohol (Vandenbusche & Wydoodt, 2000). Bij deze 3.991 personen werd alcohol geregistreerd als eerste, tweede of derde product. Dit is 47,2% van de totale populatie met middelengerelateerde problematiek. Bij 87,3% van de alcoholgebruikers werd alcohol als eerste middel gescoord. De PZ, PAAZ en de CGG nemen samen 93,2% van alle cliënten met alcoholproblemen voor hun rekening. Globaal zijn 7 op de 10 cliënten met alcoholproblemen mannen. De gemiddelde leeftijd van de cliënt met alcoholproblemen is 40,6 jaar.

In 1999 namen ook de Medisch Sociale Opvangcentra (MSOC) deel aan de VRM-registratie. In totaal werd in 1999 bij 7.578 cliënten gebruik van alcohol geregistreerd (alcohol geregistreerd op 1 van de 3 mogelijke producten waarvoor hulp werd gezocht). Dit is 49,1% van de totale geregistreerde populatie (Vandenbusche, 2001). Bij 9 op de 10 alcoholgebruikers werd alcohol ook als belangrijkste middel gescoord. Ook hier staan PZ-PAAZ en CGG in voor bijna alle cliënten met alcoholproblemen en zijn 70% van deze cliënten mannen (tabel 7.14). De gemiddelde leeftijd van deze cliënten is 41,6 jaar.

Tabel 7.14 Aantal alcoholgebruikers per werksoort in Vlaanderen (alcohol als 1^{ste}, 2^{de} of 3^{de} product)

	PZ-PAAZ		TG-CIC-Dagcentra		MSOC		CGG		SHW		totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1998	1.873	46,9	232	5,8	n.b.	n.b.	1.849	46,3	37	0,9	3.991	100,0
1999	5.130	67,9	309	4,1	66	0,9	1.937	25,6	136	1,8	7.558	100,0

Bron: Vandenbussche, 2001; Vandenbussche & Wydoodt, 2000

7.6.2 Vlaamse Vereniging van Behandelcentra Verslaafdenzorg

De Vlaamse Vereniging van Behandelcentra Verslaafdenzorg (VVBV) verzamelt registratiedata van cliënten in de categoriale drughulpverlening: ambulante centra, CIC, residentiële behandelcentra en sinds 1999 ook de MSOC's.

Het aandeel cliënten met alcohol als voornaamste product ligt laag en varieert van 1,9 tot 6% (tabel 7.15). Er zijn relatief weinig patiënten met een primaire alcoholproblematiek in deze centra opgenomen omdat deze instellingen gebonden zijn aan hun RIZIV-conventie die stipuleert dat zij zich vooral moeten richten op cliënten met illegaledrugproblemen. Uitzonderlijk kunnen in de residentiële centra wel personen met een primaire alcoholproblematiek worden opgenomen. In de ambulante centra is dat uitgesloten. Het aandeel cliënten met alcohol als voornaamste product lijkt kleiner te worden sinds 1998.

Het totaal aantal geregistreerde cliënten stijgt tussen 1994 en 2003 maar er is wel een aantal opvallende schommelingen die te wijten zijn aan het feit dat sommige centra bepaalde jaren niet meer participeren aan de registratie en nadien terug wel (tabel 7.14). Daar moet bij het interpreteren van de VVBV-data rekening mee gehouden worden.

Het aantal cliënten met alcoholproblemen steeg tussen 1994 en 2003 van 33 naar 111 maar het relatief aandeel van patiënten met alcohol als voornaamste product laat eerder een daling zien van 5,7% naar 3,4% (tabel 7.14). Alcohol wint aan populariteit als tweede en derde product in de periode 1996-2003.

Tabel 7.15 Aantal cliënten met alcohol als voornaamste product, per registratiejaar

	totaal aantal cliënten	alcohol voornaamste product		alcohol als tweede product		alcohol als derde product	
		N	%	N	%	N	%
1994	581	33	5,7	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
1995	847	36	6,0	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
1996	789	36	4,6	42	5,5	38	5,4
1997	963	52	5,4	46	4,9	67	7,8
1998	2.564	64	2,5	108	5,9	134	8,0
1999	3.218	61	1,9	148	5,3	267	6,1
2000	1.199	57	4,8	77	6,8	73	7,0
2001	1.483	64	4,3	97	7,1	83	6,9
2002	1.771	51	2,9	107	6,0	89	5,2
2003	3.177	111	3,4	212	7,3	204	7,8

Bron: Kerremans e.a., 1995, 1996, 1998a, 1998b, 1999 & 2000; Thienpont & Van Zuijlen, 2003 & 2004

7.7 Hulpverlening aan alcoholgebruikers in lokale en/of eenmalige studies

De data die in dit hoofdstuk besproken worden, komen voort uit eenmalige en/of lokale onderzoeksprojecten die telkens een duidelijk gedefinieerde onderzoeksdoelstelling hanteerden (in kaart brengen van in- en uitstroom van cliënten in de drughulpverlening). Lokale systematische registratiesystemen komen hier niet aan bod.

7.7.1 Hulpverlening in de provincie Antwerpen

In 2004-2005 werden in 25 voorzieningen in de provincie Antwerpen cliënten geregistreerd die op een bepaald moment aanwezig waren in die voorzieningen en/of die binnen een bepaalde periode bij die voorzieningen in- of uitstroomden (Colpaert e.a., 2005). Participerende voorzieningen zijn PZ, PAAZ-diensten, CGG, dagcentra, CIC en CAW.

Bij de cliënten werd wat alcoholgebruik betreft enkel het regelmatig én overmatig alcoholgebruik geregistreerd, gedefinieerd als het gebruik van minimum 5 glazen tenminste 3 dagen of 2 opeenvolgende dagen/week.

45,3% van de cliënten die tijdens de instroomfase werden geregistreerd, gebruikte de 3 maanden voorafgaand aan het intakegesprek uitsluitend *alcohol en/of medicatie*. Het gaat om 728 cliënten. 65,9% van deze cliënten zijn mannen, een derde zijn vrouwen. De gemiddelde leeftijd van deze groep is 46 jaar. Iets meer dan een derde van de cliënten (37,2%) is tussen 40 en 49 jaar, 27,8% is tussen 50 en 59 jaar en 19,3% is tussen 30 en 39 jaar. 9,2% is ouder dan 60 en 6,4% is jonger dan 30.

Voor 89,7% van de 728 cliënten die uitsluitend alcohol en/of medicatie gebruiken, is alcohol het belangrijkste product en 94,4% voldeed aan de DSM-IV-criteria voor alcoholafhankelijkheid.

82,5% van de registraties is afkomstig van cliënten in residentiële voorzieningen. Een afgeronde behandeling duurde in ambulante voorzieningen gemiddeld 93,1 dagen en in de residentiële voorzieningen 41,1 dagen. 29,6% van de cliënten in ambulante voorzieningen had voordien al 3 of meer ambulante opnamen achter de rug. In de residentiële voorzieningen was dit bijna de helft (48,3%). Cliënten in ambulante voorzieningen werden vaker doorverwezen door justitie of een PZ en kwamen ook vaker op een wachtlijst terecht dan cliënten in residentiële voorzieningen.

De opgestarte behandeling werd vaker afgerond in overleg indien de cliënten niet op een wachtlijst werden gezet: van de behandelingen opgestart onmiddellijk na het intakegesprek werd 50,3% afgerond in overleg tegenover slechts 39,8% van de opgestarte behandelingen indien de cliënt na het intakegesprek eerst op een wachtlijst werd geplaatst. Bij cliënten die na het intakegesprek op een wachtlijst werden geplaatst is het aantal afhakers echter beduidend lager: 14,5% van de cliënten stopt vroegtijdig de behandeling indien ze een wachtlijst moesten doorlopen tegenover 33,8% afhakers onder cliënten waarvan de behandeling onmiddellijk na het intakegesprek werd opgestart.

7.7.2 De Oost-Vlaamse hulpverlening in cijfers

In de periode 1999-2000 werd bij 11 voorzieningen in de regio Gent - Aalst - Lokeren een onderzoek verricht naar de instroom van druggebruikers in de hulpverlening (Vanderplasschen e.a., 2001). Aan de registratie participeerden CGG, PZ, ambulante centra, dagcentra, residentiële centra en stedelijke onthaalcentra.

In de tweede registratieperiode, waarin enkel de effectieve intakes werden genoteerd en die liep van oktober 1999 tot mei 2000, zijn 1.202 cliënten op afspraak geweest. De meeste cliënten waren afhankelijk van opiaten (47,9%), cannabis (24,7%), cocaïne (23,5%) en amfetamines (22,7%). 9,9% was afhankelijk van alcohol.

Het aandeel cliënten met alcoholafhankelijkheid was het hoogst in de residentiële langdurige opvang (14,6%) en het laagst in de ambulante centra voor medisch-psychosociale opvang (3,3%). 10,4% van de mannelijke cliënten was afhankelijk van alcohol tegenover 7,6% van de vrouwelijke cliënten. Afhankelijkheid van alcohol was ook hoger bij cliënten die voordien reeds op afspraak waren geweest (11,8%) dan bij nieuwe cliënten (8,8%) waarvan nog geen dossier bestond.

Een gelijkaardig onderzoek werd opgezet in 2001-2002 (Vanderplasschen e.a., 2003). Cliënten met alcohol als voornaamste middel werden enkel geregistreerd als ze ook illegale drugs gebruikten. 18 voorzieningen (werkzaam op verschillende echelons) registreerden gedurende 12 maanden. Deze 18 voorzieningen vertegenwoordigen ongeveer de volledige categoriale drughulpverlening in Oost-Vlaanderen. Dit onderzoek was vooral gericht op het in kaart brengen van de uitstroom van cliënten in de drughulpverlening. Er zijn gegevens beschikbaar over 1.500 unieke cliënten.

Bij 15,0% van de geregistreerde cliënten werd afhankelijkheid van alcohol vastgesteld en 45,0% gebruikte alcohol. De auteurs wijten het grote verschil met het vorige registratieproject (+5,1% alcoholafhankelijkheid en +36,3% alcoholgebruik in vergelijking met 1999-2000) onder meer aan een meer precieze registratie in 2001-2002 en een ander onderzoeksopzet. 7,0% van de mannen en 4,6% van de vrouwen is afhankelijk van alcohol.

7.7.3 De behandeling van alcoholafhankelijkheid in 5 Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen

In 2003 werd tussen 5 Vlaamse PZ en de vakgroep orthopedagogiek van de universiteit Gent een samenwerking opgezet rond het thema 'hervat na de behandeling' (Vanderplasschen e.a., 2005). De doelstelling van dit onderzoek was om het alcohol- en medicatiegebruik van opgenomen patiënten in kaart te brengen, te peilen naar de effecten van het volgen van een residentieel behandelingsprogramma en na te gaan welke factoren abstinentie bevorderen. Alle patiënten die tussen 1 december 2003 en 31 juli 2004 het initiële ontwenningprogramma op de behandelafdelingen van de PZ doorliepen, werden bij het onderzoek betrokken. Van 249 patiënten zijn er gegevens voorhanden.

De meeste patiënten op behandelafdelingen voor alcoholverslaafden in PZ blijken mannen te zijn (68,7%), tegenover 31,3% vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de geregistreerde patiënten is 45 jaar en varieert tussen 21 en 74 jaar. De meeste patiënten (45,0%) zijn tussen 41 en 50 jaar oud. Bijna de helft van alle patiënten (49,4%) is vol- of deeltijds aan het werk tijdens de 12 maanden voorafgaand aan hun residentiële opname. Bijna de helft van alle bevraagde patiënten (49,0%) woont alleen.

De beginleeftijd voor regelmatig alcoholgebruik (minder dan 5 glazen of meer gedurende minimum 2 à 3 dagen/week) ligt bij deze patiënten op ongeveer 20 jaar en 5 maanden en met overmatig alcoholgebruik (5 glazen of meer gedurende minimum 2 à 3 dagen/week) is men gemiddeld op 29 jaar en 5 maanden gestart. De periode van overmatig drinken duurde gemiddeld 12 jaar en 5 maanden.

Ruim driekwart van alle bevroagde patiënten (77,1%) volgde ooit een behandeling voor zijn alcoholprobleem. 43,8% bleef nooit langer dan 3 maanden abstinent als gevolg van dergelijke behandeling, terwijl 24,2% erin slaagde een jaar of langer abstinent te blijven.

7.8 Gebruik van alcohol en andere drugs

In de categoriale drughulpverlening (centra met RIZIV conventie) geeft het merendeel van de cliënten aan meer dan een product te gebruiken. Het aandeel cliënten met alcohol als voornaamste product is laag, maar alcohol wordt wel vaker als tweede of derde product aangegeven (tabel 7.16).

Tabel 7.16 Cliënten die alcohol gebruiken als voornaamste, tweede of derde product in de categoriale hulpverlening

	alcohol voornaamste product		alcohol als tweede product		alcohol als derde product	
	N	%	N	%	N	%
1999	61	1,9	148	5,3	167	6,1
2000	57	4,8	77	6,8	73	7,0
2001	64	4,3	97	7,1	83	6,9
2002	51	2,9	107	6,0	89	5,2
2003	111	3,4	212	7,3	204	7,8

Thienpont e.a., 2003 & 2004

Van de patiënten op de behandelafdelingen voor alcoholafhankelijkheid van de 5 Vlaamse PZ geselecteerd in het onderzoek van Vanderplasschen e.a. (2005) gebruikte ongeveer een derde minstens gedurende 1 maand regelmatig slaap- en kalmeermedicatie (35,3%) of antidepressiva (31,3%) tijdens de afgelopen 6 maanden. 7,6% van deze patiënten gebruikte de afgelopen 6 maanden minstens gedurende een maand regelmatig cannabis. 3,6% gebruikte de maand voor de opname dagelijks cannabis. Het gebruik van andere illegale drugs bleef beperkt tot 2,8% van de patiënten.

In het registratieonderzoek binnen de alcohol- en drughulpverlening in de provincie Antwerpen bleek de helft van de cliënten die minstens een illegaal middel

gebruiken ook op regelmatige basis 5 of meer glazen alcohol per dag te drinken (Colpaert e.a., 2005). Voor 11,8% van de cliënten die minstens een illegaal middel gebruiken, is alcohol het voornaamste product.

7.9 Trends in de cijfers over hulpverlening bij alcoholproblemen

- ▶ Uit bevolkingsonderzoek blijkt dat slechts 16,5% van de personen met een alcoholgerelateerde stoornis hulp zoekt.
- ▶ De nulde lijn vangt al een groot deel vragen en problemen in verband met (problematisch) alcoholgebruik op. De AA, de bekendste zelfhulpgroep voor alcoholgebruikers, schat haar aantal leden in Vlaanderen op 6.000. Bij de DrugLijn steeg het aantal oproepen waarbij alcohol aan bod kwam van 152 (12%) in 1994 naar 1.179 (20,5%) in 2004. In 4 op de 10 van deze gesprekken wordt over het eigen alcoholgebruik gebeld. Bij iets meer dan 4 op de 10 van de oproepen belt de partner, ouder, vriend, ... Dit wijst erop dat mensen de weg vinden naar de DrugLijn met vragen over alcohol maar het is tevens een indicatie dat alcoholgebruik een prangend onderwerp is zowel voor de gebruiker zelf als zijn omgeving.
- ▶ De huisarts is een belangrijk eerste contactpunt met de hulpverlening. Ook de extrapolatie naar het aantal huisartsen dat een ontwenningsskuur begeleidt, wijst in die richting: in 1993 zouden Belgische huisartsen 10.169 behandelingen verricht hebben in verband met problematisch alcoholgebruik.
- ▶ Bekeken tegenover het totaal aantal cliënten in de CAW komt een afhankelijkheidsproblematiek niet zoveel voor: in 2004 ging het om 3.761 aanmeldingen (3,4% van het totaal aantal aanmeldingen) en 2.162 effectieve begeleidingen (5,2% van het totaal aantal effectieve begeleidingen). We moeten er wel bij zeggen dat deze problematiek wellicht onderschat wordt door de manier van registreren die niet tot op alle niveaus verplicht is.
- ▶ Bij een vijfde van de cliënten (n= 724) met een afhankelijkheidsproblematiek wordt alcoholafhankelijkheid vastgesteld bij de aanmelding. Bij de effectief begeleide cliënten met een afhankelijkheidsproblematiek neemt het percentage met een afhankelijkheidsproblematiek van alcohol toe tot een kwart (n=624).

- ▶ 16% van de cliënten in begeleid zelfstandig wonen voor thuislozen kamp met een alcoholproblematiek.
- ▶ In de CGG steeg het percentage aanmeldingen voor alcoholproblemen van 4,3% in 1995 tot 5,4% in 2002. In 1995 ging het om 1.949 cliënten, in 2002 om 2.894 cliënten. Tussen 2003 en 2004 is het aantal nieuw opgestarte zorgperiodes voor alcoholgerelateerde stoornissen met 12,4% gedaald, van 1.518 zorgperiodes in 2003 tot 1.330 in 2004.
- ▶ Analyses van 5 jaar registratie bij de PZ, PAAZ-afdelingen, PVT en IBW (periode 1999-2003) laten weinig verschillen zien in het aantal opgenomen cliënten met als diagnose alcoholgerelateerde stoornissen: het aantal schommelt rond de 22.000 patiënten. Het aandeel mannen daalde met 2%, het aandeel vrouwen nam met 2% toe. Tussen 2000 en 2003 neemt het percentage oudere cliënten (50-69 jaar) met een alcoholgerelateerde stoornis toe.
- ▶ Het aandeel gedwongen opnamen voor alcoholmisbruik daalt in de periode 2000-2004 in Oost-Vlaanderen van 26,7% (n=106) naar 21,1% (n=108). Ook in Limburg waren er in 2003 minder gedwongen opnamen omwille van een alcoholproblematiek dan in 2000. In Vlaams-Brabant merken we een stagnering na een terugval in 2002.
- ▶ In de categoriale hulpverlening neemt in de periode 1994-2003 het aandeel cliënten met alcohol als voornaamste product lichtjes af van 5,7% naar 3,4%. In absolute aantallen zien we een nochtans een stijging van 581 naar 3.177 cliënten die alcohol opgeven als voornaamste product.
- ▶ Met een alcoholprobleem stapt men pas laat naar de hulpverlening. Het profiel van cliënten in de hulpverlening geeft immers een hoge gemiddelde leeftijd aan met name tussen 30 en 60 jaar. Dit is een constante in de meeste hulpverleningsvormen (AA, DrugLijn, CGG, PZ en PAAZ-afdelingen).
- ▶ Mannen met problematisch alcoholgebruik zijn oververtegenwoordigd in de hulpverlening. In sommige hulpverleningsvormen vinden we tot 2 keer meer mannen dan vrouwen (onder andere bij huisartsen, CGG, PZ, PAAZ-afdelingen, PVT en IBW).



HOOFDSTUK 8

BOVENOP DE CIJFERS: MARKANTE TRENDS VAN DE LAATSTE 10 JAAR

In de vorige hoofdstukken concentreerden we ons op het samenvatten en becomingariëren van cijfers over alcoholgebruik. Door het samenbrengen van cijfers over verschillende jaren heen kunnen evoluties op verschillende terreinen worden aangegeven: op economisch vlak, over consumptie, over hulpverlening, ... Op basis van de cijfers werden er ook tendensen gezocht in diverse groepen (bijvoorbeeld jongeren, vrouwen, ...).

Sommige trends zijn niet met cijfers hard te maken omdat er gewoon geen cijfers over bestaan of omdat het thema er zich niet toe leent. Het is een aanvoelen dat bepaalde thema's pas de laatste 10 jaar in beeld zijn gekomen. De redactie selecteerde 3 onderwerpen die de laatste 10 jaar regelmatig onder de aandacht kwamen: (1) alcoholmarketing en jongeren, (2) de vraag of matig alcoholgebruik ook positief kan zijn en (3) nieuwe drinktrends.

Voor elk van deze onderwerpen werd een auteur gevraagd om een kritisch beschouwende bijdrage te schrijven⁵⁶. Daarbij is geen volledigheid nagestreefd maar werd vooral getracht een breder inzicht te geven in de sociale tendensen die samengaan met alcoholgebruik.

56. Op elk artikel van een externe auteur volgt een literatuurlijst. De algemene literatuurlijst vindt u achteraan.

8.1 Alcoholmarketing en jongeren: analyse van het actuele debat over de regelgeving

Wim E. Van Dalen⁵⁷, Monique M.A.P. Kuunders⁵⁸

Het debat over de regulering van alcoholmarketing wordt steeds actueler. De (wetenschappelijke) kennis over de effecten van reclame neemt toe, de zorg over het toenemende alcoholgebruik onder jongeren ook. De alcoholbranche heeft echter veel belang bij behoud van zoveel mogelijk reclamevrijheid en zij laat van zich horen. De kant die het op zal gaan met de regulering van alcoholreclame is daarom moeilijk te voorspellen.

8.1.1 Alcoholreclame hot issue

In september 2005 wijdde het toonaangevende tijdschrift *The Journal of Public Health Policy* (JPHP) een speciale sectie aan alcoholmarketing en jongeren. David Kessler roept in zijn artikel *Alcohol Marketing and Youth: The Challenge for Public Health* landen op om het onderwerp alcohol marketing en jongeren op de agenda te zetten en actie te ondernemen om de blootstelling van jongeren aan alcoholreclame te beperken (Kessler, 2005). Hij noemt het als een van de aandachtspunten om het drinken door minderjarigen en de problemen die dat veroorzaakt een halt toe te roepen. De speciale aandacht voor het onderwerp in JPHP illustreert dat alcoholreclame een *hot issue* is. In 2001 kreeg het thema een belangrijke impuls toen de Europese Raad voor haar lidstaten een aanbeveling opstelde over het drinken van alcoholhoudende drank door jongeren (Europese Raad, 2001). Belangrijk element van deze aanbeveling was dat de lidstaten erop moeten toezien dat alcoholreclame niet aantrekkelijk is voor jongeren. In de aanbeveling staat geen concreet advies voor een totaal of gedeeltelijk reclameverbod door bijvoorbeeld tijdsgrenzen. En dat terwijl een aantal landen al jarenlang reclameverboden kennen: Noorwegen heeft een volledig verbod; in Frankrijk mag alcoholreclame niet op televisie, er zijn landen waar wel alcoholreclame mag worden gemaakt, maar niet voor sterkedrank, onder andere in Polen. Vanwaar die voorzichtige aanpak van de Europese Raad? De eerste reden is dat de wetenschappelijke wereld er erg lang over heeft gedaan om het effect van alcoholreclame op het drinkgedrag van jongeren te kunnen vaststellen. De tweede reden is dat de vrijheid van handel en daarmee van reclame maken een groot goed is in de EU. Politiek gezien is een reclameverbod, zelfs voor risicovolle producten zoals tabak en alcohol, een gevoelige kwestie. Het is daarom begrijpelijk dat de politiek er voorsnog voor kiest de inhoud van alcoholreclames beperkingen op te leggen en de hoeveelheid alcoholreclame die gemaakt wordt met rust te laten.

57. Directeur van STAP (Stichting Alcoholpreventie) in Nederland.

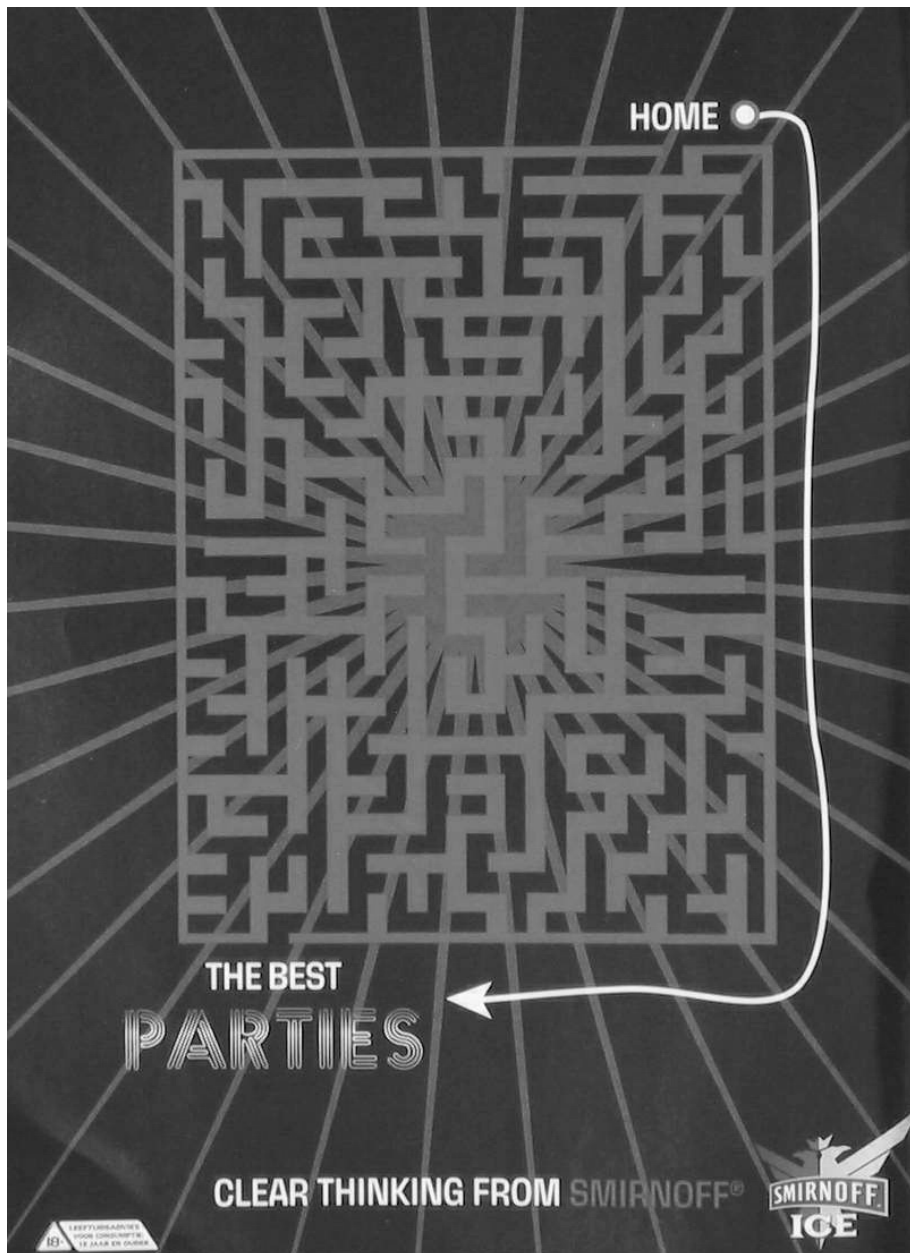
58. Beleidsmedewerker van STAP (Stichting Alcoholpreventie) in Nederland.

8.1.2 Debat over alcoholreclame laait op

In 2003 is een Europees verbod ingesteld voor tabaksreclame. Er is een jarenlange politieke strijd aan het invoeren van dit verbod voorafgegaan, maar nu twijfelt bijna niemand meer aan de noodzaak ervan. De roep om maatregelen tegen reclame voor ongezond voedsel en tegen alcoholreclame klinkt intussen ook steeds luider. De voedings- en alcoholindustrie is op haar hoede. Haar stelling is dat wettelijke beperkingen van reclame niet noodzakelijk zijn. Zij propageert dat zij zichzelf wel beperkingen kan opleggen. Uit angst voor wettelijk ingrijpen bepleit de alcoholindustrie wereldwijd het belang van zelfregulering, tot in China en Afrika toe. Deze lobby werkt deels als een boemerang. Mede door deze lobby ontstaat er hernieuwde belangstelling voor de waarde van bestaande wettelijke beperkingen voor alcoholreclame in veel Europese landen. Zo was er vorig jaar een aanval vanuit de industrie op het al jarenlang bestaande verbod op alcoholreclame op televisie in Frankrijk. Deze werd met succes afgeslagen. Het Europese Hof oordeelde in 2004 dat in dit geval gezondheidsbelangen zwaarder wegen dan handelsbelangen: de Franse regels voor alcoholreclame zijn 'compatibel' met de Europese wet.

Het belang van vrijheid van marketing voor de alcoholindustrie is zeer groot

Er worden jaarlijks wereldwijd miljarden geïnvesteerd in alcoholreclame en sponsoring. In Nederland alleen al zijn de investeringen in media-inkoop (radio, televisie, bioscoop, print en billboards) indrukwekkend (zie grafiek 8.1). Uit het feit dat de alcoholindustrie zich nationaal, op Europees niveau en wereldwijd organiseert om te pleiten voor de zelfregulering blijkt dat de branche een enorm belang heeft bij zoveel mogelijk vrijheid van reclame maken. Alcohol is een betrekkelijk homogeen product waarvan de eigenschappen per merk niet sterk verschillen en dat verklaart deels het grote belang van marketing. Om verschillende doelgroepen te kunnen aanspreken wordt elk merk gekoppeld aan een bepaald imago. De huidige reclame voor alcoholhoudende drank gaat zelden over het product zelf, maar des te vaker over het imago, de uitstraling van een merk. Zeker voor jonge doelgroepen, die het meest drinken en de toekomstige klantenkring vormen, is het product zelf ondergeschikt geworden aan het imago. Anders gezegd: de moderne marketing van alcoholhoudende drank kan zonder reclame niet bestaan. Volgens producenten is alcoholreclame uitsluitend bedoeld voor merkenconcurrentie. Hun stelling is dat reclame niet leidt tot een hogere alcoholconsumptie. Reclame zou alleen het effect hebben dat de consument voor merk A kiest en niet voor merk B. Mogelijke negatieve effecten van alcoholreclame zijn onbedoelde bijwerkingen. De invloed van alcoholreclame op de leeftijd waarop jongeren beginnen te drinken en op overmatig drinken (binge-drinken) wordt aan de kant geschoven.



Moderne alcoholreclame gaat niet over het product zelf: een advertentie voor Smirnoff Premix Ice (in Breeze, 23/7/2005).

Helmut Wagner, directeur-generaal van The Amsterdam Group (TAG)⁵⁹, Europese organisatie van de alcoholbranche, over de manier waarop alcoholcampagnes volgens hem werken: “Die campagnes maken het merk bekend, maar zetten de jongeren niet aan tot het drinken van alcohol. Die besluiten eerst dat ze iets alcoholisch willen drinken en eenmaal in de winkel kiezen ze voor de Breezer, omdat ze daarover hebben gehoord in de reclame.” (Jong, 2004)

Alcoholbranche wil reclame helemaal zelf regelen

Het inperken van reclame wordt door de industrie beschouwd als het beperken van een grondrecht. Aan de vrijheid van communicatie mag niet getornd worden. Voor de verdediging van reclamevrijheid worden zelfs aparte organisaties opgericht. Namens de gehele productie- en verkoopindustrie staan zij op de bres voor zelfregulering ofwel ‘verantwoorde marketing’. Nederland kent de Stichting Verantwoord Alcoholgebruik (STIVA), België De Arnoldus Groep (van de bierindustrie) en de Belgische Federatie van Wijn en Gedistilleerd (BFWG) en Engeland kent The Portman Group (De Arnoldus Groep, 2005; The Portman Group, 2005). Op Europees niveau is TAG actief en wereldwijd de International Center for Alcohol Policies (ICAP), die de uitstraling heeft van een internationaal beleidsadviesbureau (The Amsterdam Group, 2005b; International Center for Alcohol Policies, 2005). Deze organisaties bemoeien zich met alle aspecten van nationaal, Europees en wereldwijd alcoholbeleid terwijl hun belangrijkste inzet het behoud van marketingvrijheden is. Ze pleiten voor het instellen van ‘zelfreguleringscodes’: een pakket aan regels die bepalen waar reclamemakers zich aan dienen te houden. Zelfreguleringscodes hebben voornamelijk betrekking op de vorm en inhoud van individuele reclame-uitingen. Het instellen van duidelijke, objectieve en controleerbare tijdsgrenzen die de hoeveelheid alcoholreclame inperken wordt niet als optie gepresenteerd. Op het moment dat vanuit overheid of maatschappij de roep om tijdsgrenzen of reclameverboden groter wordt, worden de voordelen van de ‘zelfregulering’ tegenover die van ‘wetgeving’ geplaatst. Ze beargumenteren dat zelfregulering goedkoper is, meer draagkracht heeft en sneller werkt. Daarom zou het een veel betere keuze zijn dan wettelijke regulering.

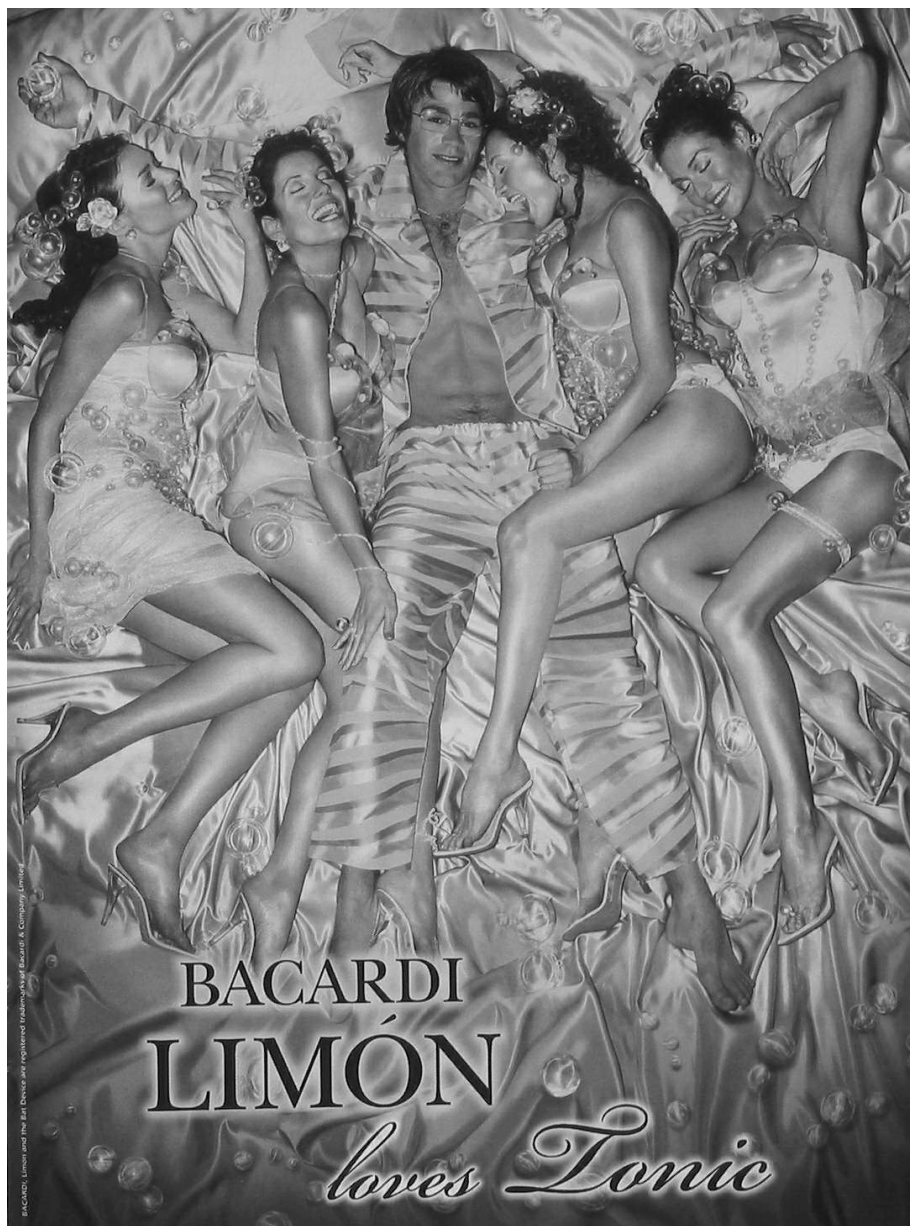
59. The Amsterdam Group heeft recent haar naam veranderd in TAG, European Forum for Responsible Drinking.

Een beschrijving van TAG⁶⁰ in Adformatie: “De organisatie houdt kantoor in Brussel, in de Europese wijk, en stelt zich ten doel verantwoord gebruik van alcohol aan te moedigen en vooral misbruik en alle sociale gevolgen van dien, tegen te gaan. Verder wil TAG verantwoorde marketing van alcohol stimuleren, onder meer door zelfregulering in de sector. Dat laatste is in de Europese reclame- en marketingwereld het toverwoord om regelgeving vanuit Brussel, die de promotie van alcohol aan banden zou kunnen leggen, te voorkomen.” (Jong, 2004).

Zelfregulering versus wettelijke reclameregels

Over het algemeen is het verschil tussen vrijwillige codes en wettelijke regels dat de laatste objectievere grenzen stelt. De zelfreguleringscodes betreffen vaak inhoudelijke aspecten van reclame en de uitleg hiervan is vaak voor meerdere interpretaties vatbaar. Overtredingen zijn dus moeilijk te beoordelen. Wanneer er sprake is van duidelijke tijdsgrenzen op televisie of verboden voor alcoholreclame op bepaalde plekken, dan vind je die meestal terug in wettelijke maatregelen. Zelfregulering van reclame voor alcoholhoudende drank is er kortom niet op gericht om de hoeveelheid van alcoholreclame in te perken. In de eerste plaats wordt ‘verantwoorde inhoud’ van alcoholreclame nagestreefd. Een definitie daarvan ontbreekt echter. Twijfel aan zelfregulering wordt door de industrie afgeweerd met de mededeling dat er weinig klachten worden ingediend. Als er wel klachten worden ingediend worden deze vanwege de ruime interpretatiemogelijkheden van de code dikwijls afgewezen. En ook in dat geval wordt beweerd dat zelfregulering werkt: de klachten zijn immers afgewezen. Wetenschappelijk onderzoek naar het functioneren van de zelfregulering ontbreekt en in de meeste landen is er geen orgaan dat zich bezighoudt met actieve controle op de naleving.

60. Leden van TAG zijn Allied Domecq®, Bacardi-Martini®, Brown-Forman®, Diageo®, Groupe Pernod Ricard®, Heineken®, Inbev®, Rémy Cointreau®, Scottish & Newcastle® en V&S Group® (The Amsterdam Group, 2005b).



Een print-reclame voor Bacardi Limón die onder meer gepubliceerd werd in een editie van Playboy (2002) en op de achterkant van een informatiegids voor Nederlandse studenten⁶¹. De Stichting Alcoholpreventie (STAP) diende in september 2002 een klacht in op grond van het feit dat hier de indruk wordt gewekt dat consumptie

61. De Studenten Informatie Gids, editie Arnhem/Nijmegen en Wageningen (studiejaar 2002/2003).

van alcoholhoudende drank een bijdrage levert aan sociaal of seksueel succes (verboden volgens artikel 12 van de toen geldende Reclamecode voor Alcoholhoudende Drank). Hier wordt volgens Bacardi® echter geen seksueel succes uitgebeeld maar een metafoor voor een mixje met 4 delen tonic en 1 deel Bacardi Limón. De klacht werd daarom afgewezen.

8.1.3 Er is meer alcoholreclame dan je denkt

Alcoholmarketing heeft een enorme vlucht genomen. De afgelopen jaren is de marketing voor alcoholhoudende drank meer en meer geglobaliseerd: een klein aantal grote internationale bedrijven domineert de markt. Waar het maar mogelijk is, worden de traditionele media (televisie, radio, printreclame, billboards en bioscoop) overstelpd met alcoholreclame. Daarnaast wordt meer en meer gebruik gemaakt van nieuwe, originele, creatieve marketingtechnieken (Jernigan & Mosher 2005).

Moderne communicatiemiddelen en -strategieën in opkomst

Volwassenen kunnen gemakkelijk een vertekend beeld krijgen van de aard en omvang van alcoholreclame. Zij kennen de diversiteit van communicatie en marketing die op de jongeren van nu afkomt niet uit hun eigen jeugd en evenmin uit hun eigen huidige leefomgeving. Het gaat niet alleen meer om reclame via radio, televisie en billboards. Reclamemakers van nu maken gebruik van nieuwe technieken en strategieën zoals het internet, mobiele telefonie en virale marketing; bij virale marketing worden individuen aangespoord een reclameboodschap door te sturen naar anderen (Jernigan & Mosher 2005; STAP, 2005). Ook worden tal van grote, maar ook kleinere evenementen gesponsord. De laatste jaren gaan de grote merken steeds meer over naar het zelf organiseren van events: Bacardi® Bat Beats, Heineken® FFWD Dance Parade, de Flügel® Roadshow. Ook proberen de marketeers met creatieve oplossingen te komen voor het verminderd televisiegebruik en toenemend gebruik van internet en mobiele telefoons. Met quizzes, prijzen en e-mailberichten worden jongeren via internet en mobiele telefoons verleid om met de Grolschen, Bavaria's en Heinekens onder ons te communiceren⁶². Wat duidelijk is, is dat marketeers diverse wegen bewandelen om alcoholreclame te maken. Linksom of rechtsom wordt altijd wel de doelgroep bereikt. En de omvang is groot.

62. Enkele Heineken-acties van de afgelopen jaren: ringtones op het internet, de gesponsorde omroep 6pack en het Cool-canny-spelletje. Ringtones: als je telefoon gaat, gaat hij niet rinkelen, maar roept hij je naam en 'Biertje?!'. Omroep 6pack: in 2003 werd door Heineken een 'underground'-omroep (zonder programmering in de televisiegids) opgericht waarin jonge, onervaren mensen experimentele televisie maakten. Cool canny: met het spelen van een zogenaamd 'retro'-computerspelletje via internet kun je een *high score* van de dag proberen te halen en zo een T-shirt winnen. Direct gericht op de bierconsumptie is de promotie van Heineken van grotere glazen in de horeca met als argument voor ondernemers dat het de omzet met 15% verhoogt.

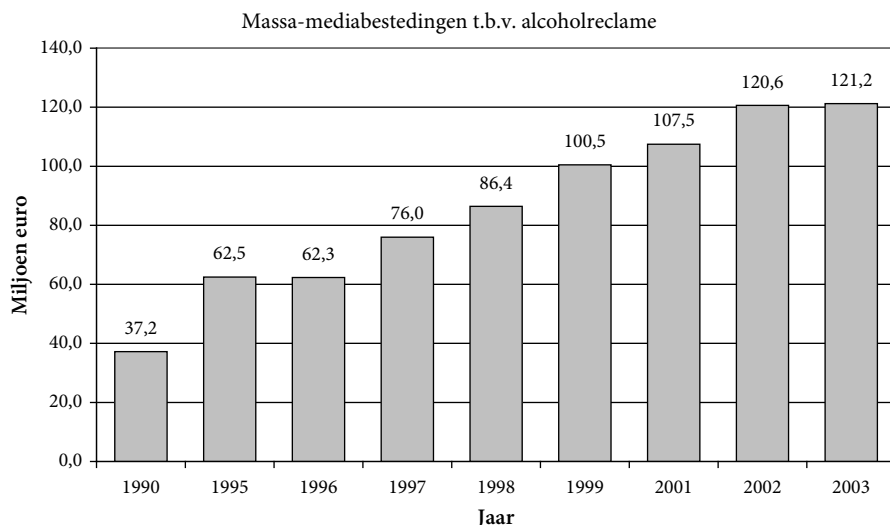
Omvang alcoholreclame amper gereguleerd

Uit bovenstaande blijkt hoe breed het begrip marketing is. Het gaat veel verder dan televisie-reclame. De regulering van alcoholreclame in Nederland is in hoofdzaak gericht op de regulering van individuele reclame-uitingen. Er zijn enkele specifieke jeugdzenders (radio en televisie) die op basis van zelfregulering geen alcoholreclame mogen maken. Overigens bestaan er geen tijdstippen waarop radio, televisie, en bioscoop 'alcoholvrij' zijn als het gaat om reclame. De branche hanteert een grens van 25% minderjarige kijkers als drempel om alcoholreclame uit te zenden. Deze grens geldt voornamelijk bij specifieke kinderprogramma's. Behalve buiten de bebouwde kom, langs snelwegen en in het zicht van ontwenningsklinieken en scholen 'die in meerderheid door minderjarigen worden bezocht', zijn er in Nederland geen openbare plekken die 'alcoholvrij' zijn als het gaat om alcoholreclame. In België geldt dat alcoholreclame niet mag in sociale instellingen, gezondheidsinstellingen en arbeidsplekken, maar een uitzondering wordt gemaakt voor de kantines van deze instellingen. Langs autosnelwegen wordt ook in België geen commerciële reclame toegestaan⁶³. Reclame voor alcoholhoudende drank is eveneens verboden tijdens de vertoning van een bioscoopfilm bestemd voor kinderen en in kranten en tijdschriften die zich voornamelijk op kinderen richten. In een periode van 5 minuten voor tot 5 minuten na een uitzending gericht op een publiek dat vooral uit kinderen bestaat, kan evenmin reclame gemaakt worden voor alcohol (Belgische Brouwers, 2005). De Vlaamse openbare televisieomroep (VRT) mag enkel reclame brengen met het oog op zelfpromotie⁶⁴. Sponsoring kan echter wel. Dat heeft als gevolg dat voor en na televisie-programma's op de VRT regelmatig alcoholreclame wordt getoond. Ondanks enkele beperkingen die door het convenant op de alcoholreclame en door de mediaregelgeving opgelegd worden, blijft er voldoende mogelijkheid over om alcoholreclame in de Belgische media altijd en overal te zien opduiken. Adverteerders hebben dus letterlijk veel ruimte om de boodschap de wereld in te zenden dat alcohol lekker, leuk en onschuldig is. Regulering die erop is gericht individuele reclameboodschappen zo verantwoord mogelijk vorm te geven negeert de impact van het collectief aan reclame-uitingen voor alcoholhoudende drank. De omvang van reclame die jongeren bereikt, blijft groot (STAP, 2005).

63. Dit krachtens artikel 10 van de wet van 12 juli 1956 tot vaststelling van het statuut der autosnelwegen (B.S. 05.08.1956).

64. Deze materie wordt gereguleerd door het besluit van de Vlaamse regering tot coördinatie van de decreten betreffende de radio-omroep en de televisie van 4 maart 2005 (B.S. 08.04.2005).

Grafiek 8.1 Investerings in de inkoop van advertentieruimte in de massamedia voor alcoholreclame in Nederland in miljoenen euro



Bron: BBC de Media en Reclame Bank

Jaarlijkse investeringen in massamediale alcoholreclame zijn globaal minstens honderd keer zo groot als investeringen in alcoholvoorlichting; in Nederland ongeveer 1 tot 2 miljoen euro per jaar.

8.1.4 Heeft reclame invloed op het drinkgedrag van jongeren?

Kinderen en jongeren van 10 tot en met 15 zijn vertrouwd met alcoholreclame. Het Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek (NIPO) vroeg in 2002 in opdracht van STAP jongeren van 10 tot en met 15 jaar naar hun mening over alcoholreclame. Wat bleek? Hoe vaker ze de commercials hadden gezien, hoe hoger ze de reclame waardeerden. Een Bacardi®-Breezer-reclame scoorde het hoogst. Veel kinderen wisten spontaan te melden welke alcoholreclames ze de afgelopen 3 maanden gezien hadden (Van de Pol & Duijser, 2003). Maar heeft deze kennis ook invloed op het drinkgedrag van jongeren? Gedragsstudies tonen aan dat reclame effect kan hebben op jongeren. Zo blijkt dat 88% van de 10-13-jarigen en 96% van de 14-17-jarigen zich bewust is van de aanwezigheid van alcoholreclame en dat 76% van hen 3 of meer advertenties herkent als de merknaam wordt gemaskeerd. Van deze jongeren vindt 86% alcoholreclame leuk. Ze beoordelen het als grappig, mooi en leuk om naar te kijken (Aitken, e.a. 1988).

Toch blijft het lastig de concrete invloed van alcoholreclame op het drinkgedrag van jongeren te meten. Maar de impact wordt wel steeds duidelijker, vooral omdat de laatste jaren de accenten in het onderzoek zijn verlegd. Onderzoek naar de effecten van alcoholreclame wordt steeds vaker ontworpen om specifieke verbanden tussen reclame en gedrag bloot te leggen (Hastings e.a., 2005). In plaats van hele populaties worden afgebakende doelgroepen, zoals jongeren en niet-drinkers, onderzocht en wordt bijvoorbeeld gekeken naar de impact van reclame op binge-drinken. De conclusies van die onderzoeken zijn dat alcohol indirect een impact heeft op hoe jongeren denken over alcohol en op de intentie van jongeren om alcohol te drinken. Het wordt steeds duidelijker dat er een verband is tussen veel reclame zien en meer drinken op latere leeftijd of binge-drinken (Hastings e.a., 2005; Spiertz, 2004).

Eerste onderzoeken naar de impact van reclame vaak te grootschalig

De eerste onderzoeken naar de invloed van alcoholreclame op het drinken van jongeren, waren zogenaamde econometrische onderzoeken: investeringen in alcoholreclame werden naast de alcoholverkoopcijfers gelegd en er werd gekeken of beide gelijk opliepen. Hieruit was niet te concluderen dat er een effect zou zijn, of hoogstens een zeer klein effect, vergeleken met andere invloeden op drinkgedrag. Desondanks heeft de Amerikaan Saffer op basis van meerdere econometrische studies wel een verband aangetoond tussen reclame en consumptie. Onder meer concludeerde hij dat een verbod op alcoholreclame het maandelijks drinken van jongeren grofweg 24% omlaag zou kunnen brengen en maandelijks binge-drinken met 42%. Saffer gebruikt het standpunt dat econometrische studies moeilijk uitvoerbaar zijn en datasets met veel variatie nodig zijn om een verband aan te kunnen tonen (Hastings e.a., 2005). De resultaten van veel econometrische studies waren in het algemeen niet overtuigend genoeg. Speciaal als het gaat om het drinken door jongeren vertellen econometrische studies ons niets over het gedrag van subgroepen op de alcoholmarkt. Cijfers over investeringen in reclame geven bijvoorbeeld niet aan of deze investeringen specifiek het gebruik van de onder jongeren populaire premixen stimuleren.

Ook om andere redenen is de invloed van alcoholreclame op de consumptie moeilijk te meten. In West-Europa is de maatschappij als het ware verzadigd met alcoholreclame en ook het alcoholgebruik zit zo'n beetje aan de top. Veranderingen in de input van reclame gerelateerd aan het drinkgedrag zijn klein, hangen van veel factoren af en zijn daarom moeilijk meetbaar (Hastings e.a., 2005).

Specifiek onderzoek legt specifieke verbanden bloot

De laatste jaren verlegt het onderzoek naar de effecten van alcoholreclame zich naar de effecten op de determinanten van het drinkgedrag in plaats van op het drinkgedrag zelf. Deze gedragsdeterminanten vormen als het ware de schakel

tussen alcoholreclame en het daadwerkelijke drinkgedrag. Op grond van onderzoeken is vast komen te staan dat alcoholreclame een invloed heeft op gedragsdeterminanten als herinnering van reclame, waardering van reclame, de verwachte gevolgen van het drinken van alcohol en op de gedragsintentie (wil je drinken of niet). Relatief nieuw is ook dat niet alleen meer gekeken wordt naar de invloed op het drinkgedrag van grote populaties maar ook naar de invloed van reclame op specifieke doelgroepen, zoals jongeren, niet-drinkers en overmatige drinkers. De conclusies van die onderzoeken geven aan dat alcoholreclame indirect het denken over alcohol en de intentie van jongeren om alcohol te drinken beïnvloedt. Ook is aangetoond dat er een verband is tussen veel reclame zien en meer drinken op latere leeftijd en tussen veel reclame zien en overmatig drinken. Hoe meer jongeren zich bewust zijn van alcoholreclame – hoe meer ze ermee bekend zijn en hoe meer ze het waarderen – des te groter de kans dat ze nu drinken en in de toekomst (Hastings e.a., 2005; Spiertz, 2004).

'Counter'-reclame kan effect alcoholreclame niet opheffen

Ondanks de toepassing van meer geavanceerde onderzoeksmethoden blijft het een lastige zaak om de nadelige effecten van de enorme diversiteit aan reclameboodschappen op het drinkgedrag van jongeren duidelijk en overtuigend zichtbaar te maken. Wat volgens Babor in ieder geval duidelijk is, is dat alcoholreclame bij jongeren de opvatting versterkt dat het drinken van alcohol een positief en graag gezien gedrag is dat nauwelijks gezondheidsrisico's met zich meebrengt. Bovendien blijft het volgens hem onbekend wat de cumulatieve effecten zijn van de duizenden reclamespots die kinderen en jongeren in de loop van jaren zien. Verwacht mag worden dat al deze positieve boodschappen over alcohol een 'cultiverende' invloed hebben op attitudes over alcohol en alcoholgebruik (Babor e.a., 2003). En daar kan de invloed van het handjevol goedbedoelde voorlichtingsboodschappen van leraren of alcoholvoorlichters niet tegenop. Alleen al om dit effect tegen te gaan, is inperken van alcoholreclame noodzakelijk.

In Nederland bestaat het educatieve programma Reclame Rakkers (Reclame Rakkers, 2004). Het doel van dit programma is om kinderen media- of reclamebewust te maken⁶⁵. Reclame Rakkers werkt samen met onder andere voedsel-, snoep- en speelgoedproducenten en verkopers. Commerciële bedrijven zijn graag geziene sponsors. Het tonen van hun 'maatschappelijke verantwoordelijkheid' levert hen een positief imago op en het tornt niet aan hun reclamevrijheid. Integendeel, als ze het goed spelen, wordt de vrijheid van reclame maken juist verdedigd. De Stichting heeft naar eigen zeggen

65. In België nam de reclamesector een soortgelijk initiatief, met name Media Smart, het Belgische onderdeel van een Europees opvoedingsprogramma bestemd voor kinderen van 8 tot 12 jaar uit het basisonderwijs. Het programma wil kinderen helpen verstandige keuzes te maken door hen aan te leren hoe ze reclame in de media moeten ontcijferen en interpreteren. Een tweede doelstelling bestaat erin de verantwoordelijkheid en het engagement van de reclamesector op het gebied van communicatie naar kinderen toe aan te tonen.

geen vertrouwen in een televisiereclameverbod voor 'ongezonde voeding'. Ze vindt dat kinderen het recht hebben om zich te leren handhaven als consument. Een televisiereclameverbod ziet ze als een belemmering van dit recht (VMT, 2005). In hun dagelijks leven worden kinderen echter overladen met commerciële boodschappen, niet alleen op televisie, maar ook op het internet, op straat en op school. Het kan geen kwaad een deel van deze boodschappen weg te nemen, want kinderen krijgen immers nog genoeg andere mogelijkheden om 'reclamewijs' te worden.

8.1.5 Wachten op Europa of zelf reguleren?

Je kunt je de vraag stellen of de EU zich erg druk maakt over het alcoholprobleem in de diverse lidstaten. Het antwoord is dat er op het niveau van de Europese Commissie steeds vaker over een Europees alcoholbeleid wordt gesproken. In 2006 zal de Europese Raad een beleidsplan uitgeven dat gebaseerd is op de toenemende gezondheidsschade als gevolg van alcoholgebruik. De lidstaten kunnen het plan als een raamwerk gebruiken voor hun eigen beleid. Maar betekent dit ook strengere regels voor alcoholreclame? Zoals reeds is aangegeven, verscheen er in 2001 een aanbeveling van de Europese Raad met als doel alcoholgebruik door jongeren af te remmen. Hierin waren specifieke aanbevelingen over het inperken van alcoholmarketing opgenomen. Een aanbeveling van de Europese Raad (*Council Recommendation*) is echter niet meer dan dat: een aanbeveling. Het is geen wet. Op Europees niveau bestaat er tot dusver slechts 1 richtlijn waarin specifiek de reclame over alcoholhoudende drank wordt gereguleerd. Het betreft de richtlijn Televisie Zonder Grenzen (TzG). Het algemene doel van deze richtlijn is grensoverschrijdende televisie-uitzendingen in de EU te reguleren. Artikel 15 van de richtlijn schrijft onder meer voor dat televisiereclame voor alcoholhoudende drank zich 'niet specifiek tot minderjarigen mag richten' (Europees Parlement en de Raad, 1997). Ook hierin staat geen concreet advies voor een totaal of gedeeltelijk reclameverbod door bijvoorbeeld tijdsgrenzen. Een richtlijn van de Europese Raad heeft meer kracht dan een aanbeveling, maar het wordt aan de lidstaten zelf overgelaten de richtlijn handen en voeten te geven. In verschillende landen is de inhoud van artikel 15 van de TzG uitsluitend opgenomen in vrijwillige codes. Het lijkt erop dat de regels vanuit de EU zo geformuleerd worden dat het in eerste instantie ruimte geeft aan lidstaten hun huidige beleid te handhaven. Omdat het Europese beleid uiteindelijk wordt gestuurd vanuit de lidstaten (de Europese Raad) moeten vernieuwingen dus ook vanuit de lidstaten komen.

8.1.6 *Vershil in regelgeving Europese landen maakt toekomst onzeker*

Zowel in Nederland als in België zijn onlangs nieuwe afspraken gemaakt met betrekking tot regelgeving over alcoholreclame. De Nederlandse minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Hoogervorst, wilde in 2005 de uitzendtijd van alcoholreclame beperken (een verbod op reclame op televisie van 's ochtends vroeg tot 21.00 uur 's avonds). De industrie kwam als antwoord hierop met een voorstel om in de plaats van dat verbod de bestaande vrijwillige regelgeving aan te scherpen. De minister ging hiermee akkoord terwijl uit nadere analyse van de aangescherpte regelgeving blijkt dat de aanpassing weinig voorstelt⁶⁶. In België is onlangs een convenant over alcoholreclame in werking getreden waarin ook sponsoring door alcoholproducenten aan nieuwe regelgeving is gebonden⁶⁷. Alcoholreclame is op uiteenlopende manieren gereguleerd in Europa. Polen, met een verbod op alcoholreclame met uitzondering voor bier, Frankrijk met een verbod op alcoholreclame op televisie en op reclame die verdergaat dan productinformatie, landen als Groot-Brittannië en Nederland met vrijwel geen wettelijke regels over alcoholreclame: allemaal zijn het EU-lidstaten. Afhankelijk van het politieke klimaat kan een nationale overheid naar een land als Groot-Brittannië (geen wettelijke beperkingen) wijzen als voorbeeld, of naar een land als Noorwegen⁶⁸, waar een totaal verbod op alcoholreclame is. De EU zelf is nog niet duidelijk genoeg in haar richtlijnen om een basis te vormen voor concrete regels die de omvang van alcoholreclame beperken. Ondanks het toenemende drinken door jongeren en ondanks de grotere kennis over de impact van alcoholreclame blijven duidelijke regels die ingrijpen op de reclamevrijheid politiek gevoelig. Het is duidelijk dat vanuit de alcoholindustrie de keuze voor zelfregulering tot het uiterste verdedigd zal worden. De druk en de argumenten voor effectieve regelgeving voor alcoholreclame zal vanuit gezondheidsorganisaties moeten komen. Als gezondheidsorganisaties deze kwestie aan politici en de industrie overlaten, zal de regelgeving ineffectief blijven, of zelfs afzwakken.

8.1.7 *Literatuur*

Aitken, P.P., Eadie, D.R., Leather, D.S., McNeill, R.E. & Scott, A.C. (1988). Television Advertisements for Alcoholic Drinks Do Reinforce Under-age Drinking. *British Journal of Addiction*, 83, 12, 1399-1419.

Babor, T.F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I.

66. De 'aanscherping' houdt onder meer in dat nu in de code staat dat alcoholadverteerders zich niet via internetgames, sms, ring tones specifiek op minderjarigen mogen richten. Ook in de vorige code was dit niet toegestaan hoewel deze media daarin niet specifiek werden genoemd.

67. Het betreft een convenant inzake gedrag en reclame met betrekking tot alcoholhoudende dranken ingesteld op 12 mei 2005. Het convenant is door verschillende partijen ondertekend maar heeft tot nog toe geen wettelijke basis.

68. Noorwegen is geen EU lidstaat.

- (2003). *Alcohol: no ordinary commodity - Research and public policy*. Oxford and London: Oxford University Press.
- BBC de Media en Reclame Bank, tegenwoordig Nielsen Media Research, <http://www.nielsen-media.nl/>.
- Belgische Brouwers (2005). *Arnoldusconvenant inzake gedrag en reclame met betrekking tot alcoholhoudende dranken*. Gedownload op 22 november 2005 van <http://www.beerparadise.be/nl>.
- De Arnoldus Groep (2005). Gedownload op 10 oktober 2005 van <http://www.beerparadise.be/nl/>
- Europees Parlement en de Raad (1997). *Richtlijn 97/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van 30 juni 1997 tot wijziging van Richtlijn 89/552/EEG van de Raad betreffende de coördinatie van bepaalde wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen in de lidstaten inzake de uitoefening van televisie- omroepactiviteiten*. Publicatieblad Nr. L 202 van 30/07/1997 blz. 0060 - 0070
- Europese Raad (2001). Aanbeveling van de raad van 5 juni 2001 betreffende alcoholgebruik door jongeren, in het bijzonder kinderen en adolescenten. Nr. L 161 van 16/06/2001 blz. 38 - 41.
- Hastings, G., Anderson, S., Cooke, E. & Gordon, R. (2005). Alcohol Marketing and Young People's Drinking: A Review of the Research. *Journal of Public Health Policy*, 26, 296–311.
- International Center for Alcohol Policies (2005). Gedownload op 11 Oktober 2005, van <http://www.icap.org/ICAP/index.html>.
- Jernigan, D.H. & Mosher, J.F. (2005). Editors' Introduction: Alcohol Marketing And Youth - Public Health Perspectives. *Journal of Public Health Policy*, 26, 287–291.
- Jong, R. de (2004). Drankpolitiek. *Adformatie* 51, 16 december 2004.
- Kessler, D.A. (2005). Alcohol Marketing and Youth: The Challenge for Public Health. *Journal of Public Health Policy*, 26, 292–295.
- Pol, M. van de & Duijser, E. (2003). *Meting alcoholgebruik Jongeren. Onderzoek onder Nederlandse jongeren 10 t/m 15 jaar*. Amsterdam: NIPO.
- Reklame Rakkers (2004). Gedownload op 14 oktober 2004, van <http://www.reklamerakkers.nl/index.php?PageId=24>.
- Spiertz, L.M.G. (2004). *Een inventarisatie van wetenschappelijke literatuur uit de jaren 1999-2004 over de effecten van alcoholreclame op jongeren*. Utrecht: STAP.
- STAP (2005). *Omvang alcoholreclame in Nederland vrijwel onbegrensd - Rapport over alcoholreclame en jongeren*. Utrecht: STAP.
- The Amsterdam Group (2005a). The European Forum for Responsible Drinking. Gedownload op 10 Oktober 2005, van <http://www.amsterdamgroup.org/>.
- The Amsterdam Group (2005b). Management & Network > Members. Gedownload op 10 Oktober 2005, van <http://www.amsterdamgroup.org/main.html>.
- The Portman Group (2005). Welcome to The Portman Group's website. Gedownload op 10 Oktober 2005, van <http://www.portman-group.org.uk/>.
- VMT (2005). Rubriek: Zijdelings. Gedownload op 14 oktober 2005, van <http://www.reklamerakkers.nl/upload/1117987056.pdf>.

8.2 Mag je drinken of moet je? Positieve aspecten van matig alcoholgebruik.

Dr. Frieda Matthys⁶⁹

8.2.1 Inleiding

Al zo lang als mensen alcoholische dranken drinken, argumenteren ze ook over de voor- en nadelen ervan.

Alcohol als cultuureigen drug is goed ingeburgerd in onze leefgewoonten. De meeste mensen hebben er een positieve relatie mee en er zijn heel wat economische belangen mee gemoeid (tot in de staatskas toe). Het is dan ook niet verwonderlijk dat de alcoholindustrie veel geld veil heeft om de negatieve reputatie van alcohol, wat gezondheid betreft, te kunnen nuanceren. Heel wat onderzoek naar de positieve effecten van matig alcoholgebruik is dan ook gesponsord door deze industrie. De wijn- en bierindustrie hebben daarenboven gepoogd mekaar op dit terrein de loef af te steken. De Duitse (witte-) en Franse (rode-) wijnproducenten hebben getracht om te bewijzen dat vooral hun product heilzaam is voor de gezondheid.

Omdat er zoveel financiële belangen op het spel staan en we anderzijds dagelijks in de kliniek de desastreuze effecten van alcohol zien op het menselijk lichaam, inclusief de familiale en sociale schade, is het niet eenvoudig om objectieve conclusies te trekken.

Afhankelijk van het standpunt lezen we waarschuwingen maar ook aanbevelingen voor alcohol. Zoals deze: “Alcohol drinken bevordert het algemeen welbevinden. Het vermindert het stressniveau, verbetert de stemming, verbetert de cognitieve prestaties, vermindert depressieve symptomen en verbetert het algemeen functioneren als men ouder wordt. Het verbetert de sociale omgang en cohesie. De creativiteit wordt erdoor gestimuleerd. Jongeren die experimenteren met alcohol zijn maatschappelijk beter aangepast dan diegenen die niet drinken. Ouderen die matig drinken functioneren cognitief en sociaal veel beter dan diegenen die niet drinken.” (Peele, 2000).

Alcohol heeft een effect op vele organen en systemen. De meeste zijn algemeen bekend. Maar elke maand verschijnen nieuwe onderzoeksresultaten.

- Alcohol heeft het effect van een bloedverdunner (Mukamal, 2005).
- Alcohol kan de biologische klok ontregelen (Dipak, 2005).

69. Psychiater Free Clinic Antwerpen; voorzitter VAD.

- 2 of meer glazen alcohol per dag vermeerderd de kans op borstkanker met 20 tot 25% (Chen, 2002). Maar vitaminen B zou hierin een rol kunnen spelen (Zhang, 2003). In een vroeger artikel van dezelfde onderzoeker lijkt foliumzuur van belang (Zhang, 1999).
- Alcohol veroorzaakt hartritmestoornissen (Frost, 2005).

Een veilige uitspraak is dat alcohol zowel een versterkend middel als een vergif is. Het verschil zit doorgaans in de dosis. Matig drinken lijkt een gunstig effect te hebben op hart en bloedvaten en beschermt mogelijk tegen type-2-diabetes en galstenen. Zwaar drinken is een belangrijke oorzaak van overlijden door ongeval of ziekte, overlijdens die te voorkomen zijn. Zwaar drinken kan lever en hart beschadigen, is nefast voor het ongeboren kind, doet de kans op borstkanker stijgen, werkt depressie en geweld in de hand en speelt een destructieve rol in veel intermenselijke relaties.

Dit is niet zo verwonderlijk: ethanol is een kleine molecule die in het lichaam op veel manieren en plaatsen effect heeft. Het heeft een directe invloed op de maag, de hersenen, het hart, de galblaas en de lever. Ze beïnvloedt de cholesterol- en insulinespiegels in het bloed evenals ontstekings- en stollingsmechanismen. Ze heeft effect op de stemming, de concentratie en de coördinatie.

Wat is matig drinken? Als een standaardeenheid 12 tot 14 gram alcohol bevat, is matig drinken voor mannen 1 à 2 glazen per dag en voor vrouwen 1 glas per dag (Dufour, 1999). In de dagdagelijkse werkelijkheid is het niet zo eenvoudig. Bier bijvoorbeeld varieert in alcoholgehalte van 3 tot 9% en de hoeveelheden van flesjes en blikken van 0,2 tot 0,5 liter.

8.2.2 Cardiovasculaire aandoeningen

Meer dan 100 prospectieve studies tonen een omgekeerde relatie tussen matig drinken en het risico op een hartaanval, een coronaire trombose, een perifere vaataandoening, een plotse hartstilstand of dood door enige cardiovasculaire aandoening (Goldberg, 2001). Het verband is vrij constant: een vermindering van het risico met 25 tot 40%. Dit statistisch verband is terug te vinden bij mensen zonder hartaandoening, maar ook bij risicopatiënten, die bijvoorbeeld reeds een hartaanval doormaakten of lijden aan hoge bloeddruk, angina, of andere cardiovasculaire aandoeningen.

Dit verband is wetenschappelijk aannemelijk aangezien kleine hoeveelheden alcohol de *high density* lipoproteïne (HDL of goede cholesterol) doen stijgen. Hogere HDL-spiegels zijn gerelateerd aan grotere bescherming tegen hartaandoeningen (Paasilta, 1998). Ook heeft alcohol een positief effect op factoren die inspelen op

de coagulatie, waardoor minder gemakkelijk bloedklonters ontstaan, die immers de oorzaak zijn van hartaanvallen en trombose (Zhang, 2000).

Enige nuance is op haar plaats. De groepen die onderzocht werden op 50- à 60-jarige leeftijd hebben ongeveer 20 à 30 jaar matig gedronken. Het is niet zeker of dit kan doorgetrokken worden voor diegenen die op bijvoorbeeld 22-jarige leeftijd beginnen met drinken. Het ziet er immers naar uit dat gevolgen van chronisch alcoholisme zoals levercirrose en cardiale myopathie in relatie staan tot de totale hoeveelheid alcohol die iemand in zijn leven heeft gedronken. Alhoewel deze aandoeningen doorgaans optreden bij excessief en niet bij matig gebruik, is niet te voorspellen of de 25-jarige matige drinker op zijn vijfenzestigste de kans op een hartinfarct verkleint om intussen te bezwijken aan levercirrose (Gunzerath, 2004).

Is het trouwens wel de alcohol die verantwoordelijk is voor het positieve effect? Mensen die gematigd drinken, verschillen van geheelonthouders en van zware drinkers. Zij hebben meestal een gezond gewicht, zij slapen 7 à 8 uur per nacht en bewegen geregeld (Camargo, 1997). Statistisch heeft men de gegevens voor deze factoren gecorrigeerd, en het verband blijft overeind. Toch zou men, om helemaal zeker te zijn, ad random samengestelde groepen gedurende een lange periode per dag 1 à 2 glazen al dan niet alcoholhoudende dranken moeten laten drinken, zonder dat de proefpersonen zelf weten wat ze drinken, om onweerlegbare bewijzen te hebben. Een dergelijk onderzoek is uiteraard niet mogelijk. Daarom beperkt men zich vaak tot epidemiologisch onderzoek en vergelijkt men groepen die zoveel mogelijk gelijk zijn samengesteld.

8.2.3 *Cognitieve functies*

Voor het effect van matig drinken op de cognitieve functies van oudere mensen is de laatste jaren veel belangstelling. Ook wordt gezocht naar een eventuele invloed op het ontstaan van de ziekte van Alzheimer.

Matig alcoholgebruik beschermt tegen een herseninfarct doordat het klontervorming tegengaat. Voor hersenbloedingen daarentegen is alcohol juist een risicofactor (Foppa, 2001). Overigens wordt het oorzakelijk verband door andere wetenschappers genuanceerd (Nielsen, 2005). Uit hun onderzoek blijkt dat enkel bij de mensen met een hoog stressniveau er minder cerebrale vaataccidenten voorkomen bij de matige drinkers. Bij personen met weinig stress biedt matig drinken geen voordeel op geheelonthouding. Het stressverminderend effect van alcohol zou dus eigenlijk het verschil maken.

Tot 3 alcoholische dranken per dag drinken, vermindert het risico op dementie en ziekte van Alzheimer (Ruitenberg, 2002). Bij 1 tot 3 glazen vermindert de kans op

dementie met 42% ten opzichte van de niet-drinkers. Diegenen die slechts 1 keer per week dronken, hadden 25% minder risico. De onderzoekers vermelden de hypothese dat naast een verbeterde bloedtoevoer, de hersenfuncties ook rechtstreeks zouden beïnvloed worden via een verhoogde vrijstelling van acetylcholine.

Ook in een Britse studie komt men tot gelijkaardige statistische vaststellingen (Britton, 2004). Gecorrigeerd voor sociale positie, gingen de verbanden echter vrijwel teloor.

De afgelopen jaren richtte het onderzoek zich specifiek op vrouwen (Stampfer, 2005). In een grootscheepse studie van 12.000 vrouwen tussen de 71 en 80 jaar werd geconstateerd dat lage alcoholinname van ongeveer 1 glas per dag de achteruitgang van de geheugenfunctie duidelijk vertraagt. De kans op cognitieve achteruitgang was 20% lager in vergelijking met vrouwen die helemaal niet drinken. Uit een vergelijkbaar onderzoek bleek dat vrouwen die per dag 1 glas alcohol drinken of iets meer, beter scoren op cognitieve testen (geheugen, taalvaardigheid, concentratie en abstract leervermogen) dan vrouwen die minder dan 1 glas per dag drinken (Espeland, 2005). Ook als de gegevens gecorrigeerd worden voor opleidingsniveau en inkomen blijft er een verband tussen matig drinken en beter cognitief functioneren met daarenboven een kleinere kans op dementie. Als mogelijke redenen suggereren de auteurs een verminderde kans op bloedklontervorming en een verbeterde doorbloeding in de hersenen, verhoogde spiegels van HDL, de zogenaamde goede cholesterol, en een verminderde aanmaak van *plaques* die men bij de ziekte van Alzheimer vindt.

Alhoewel oudere drinkers hogere alcoholspiegels in het bloed bereiken met lagere consumptie dan jonge drinkers, is het niet aangetoond dat matig alcoholgebruik de cognitieve functies zou aantasten als men ouder wordt.

Men weet eigenlijk nog niet zeker of alcoholgebruik de vatbaarheid voor de ziekte van Alzheimer verhoogt of juist bij sommigen een beschermende werking heeft (Gunzerath, 2004).

Bij al deze onderzoeken zijn toch wat kanttekeningen te plaatsen. Mensen die wat drinken zijn vaak sociaal actief en mensen die sociaal actief zijn, zijn alert en flexibel. Anders mijden ze contact. Bovendien is het sociaal contact stimulerend voor de cognitieve functies (Chick, 1999). Zo bekeken is de vraag natuurlijk wat men echt meet in een dergelijk onderzoek.

Ook in Japan zet men vraagtekens bij het oorzakelijk verband tussen cognitieve functies en matig alcoholgebruik (Iguchi, 1996). Deze Japanse onderzoekers vragen zich onder meer af of de alcohol of de voeding de oorzaak zijn. Saké (de nationale drank in Japan) wordt immers meestal gedronken bij rauwe vis en wijn bij kaas.

De laatste paar jaar wordt ook bij jonge mensen een mogelijk effect van alcohol op cognitief presteren onderzocht (Randall, 2004). Er werd geen negatief effect gevonden bij matig alcoholgebruik. Wel scoorden de niet-drinkers hoger op negatieve gevoelens zoals angst, onzekerheid, woede, prikkelbaarheid en hoofdpijn.

Alcohol verbetert de cognitie niet maar er is ook geen evidentie dat matig alcoholgebruik de cognitieve functies aantast (Krahn, 2003).

8.2.4 *Metabole stoornissen*

De alvleesklier of pancreas produceert insuline, belangrijk voor de glucose-huishouding. Wanneer er om een of andere reden niet voldoende insuline is, stijgt de glucosespiegel in het bloed en kan men, wanneer dit gecompenseerd geraakt, diabetes ontwikkelen. Het ontstaan van type-2-diabetes gaat vaak samen met obesitas.

Het verband tussen gematigd alcoholgebruik, gewichtstoename, *Body Mass Index* (BMI) en/of obesitas blijft onduidelijk. In ieder geval lijkt matig drinken samen te gaan met een verminderde kans op diabetes en metabole stoornissen, die men vaak bij obesitas ziet.

Zowel mannen als vrouwen die 1 glas per dag drinken, 3 tot 7 dagen per week, hebben een lager BMI dan diegenen die minder of diegenen die meer alcohol drinken (Breslow, 2005).

Het onderzoek op dit gebied is volgens Gunzerath (2004) niet steeds vergelijkbaar: niet dezelfde definitie van matig drinken, en andere factoren die te veel verschillen zoals voedselinname, beweging, medicatie. Bewezen is wel dat kleine hoeveelheden alcohol de insulinerwerking verbeteren (Facchini, 1994). Italiaanse onderzoekers constateerden dat enkele glazen alcohol de insulinerwerking verhoogt door de gevoeligheid voor insuline te verhogen, dit zowel bij gezonde proefpersonen, als en meer uitgesproken bij type-2-diabetespatiënten (Avogaro, 2004).

Andere onderzoekers beklemtonen vooral het delicate evenwicht (Conigrave, 2003). Bij lage dosis vermindert alcohol het risico op diabetes. Anderzijds is diabetes gekend als een van de ziektes die bij alcoholisten frequent voorkomt.

Bevolkingsstudies tonen, zoals bij cardiovasculaire stoornissen, een J- of U-vormige curve: frequent kleine dosissen alcohol gaan samen met een lager risico op diabetes dan niet of maar af en toe drinken. Over de soort alcohol bestaat nog discussie en of het lichaamsgewicht van de persoon ertoe doet is nog niet duidelijk.

8.2.5 *Is wine fine or beer better?*

In het begin van de negentiende eeuw merkte een Ierse arts op dat angorklachten minder voorkwamen in Frankrijk dan in Ierland. Hij weet het aan hun leefgewoonten. Men sprak vrij snel van de Franse paradox, aangezien het Franse dieet veel boter en kaas bevat, wat eigenlijk niet zo gunstig is voor hart en bloedvaten. Anderzijds ziet men in veel mediterrane streken minder hartproblemen, wat toch zou kunnen wijzen op een verband met hun levenswijze. Sommige studies vinden het verband vooral in wijndrinkende regio's (Rimm, 1996). De Fransen zelf wijzen naar hun rode wijn die meer antioxidantia bevat en zo bloedklontervorming tegengaat.

Sap van rode druiven bevat dezelfde antioxidantia (Resveratrol) als rode wijn. Onderzoekers bevelen toch wijn aan omdat de gisting de concentratie aan antioxidantia met 50% doet stijgen. Ze negeren dan wel even dat er fruitsoorten bestaan (bosbessen, aardbeien, frambozen) die meer antioxidantia bevatten dan druiven.

Het feit dat men in de mediterrane streken gewoon is kleinere porties te eten dan in West-Europa of in de USA, zou echter wel eens een belangrijkere factor kunnen zijn dan de wijn.

Andere onderzoekers vinden geen verschil tussen wijn, bier of sterkedrank (Mukamal, 2003).

8.2.6 *Conclusie*

Hoe overtuigend alle cijfers ook lijken, het gaat meestal om epidemiologische studies. Dat betekent dat groepen mensen vergeleken worden op basis van een aantal criteria en dat het causaal verband tussen de verschillende factoren verondersteld maar niet bewezen is. Om statistische verbanden te vinden, moet men groepen vergelijken die behalve in hun drankgewoonten volkomen identiek zijn. Dit blijkt niet echt mogelijk. Zo zijn levenslange geheelonthouders vaker non-conformistisch en minder vaak gehuwd (ongehuwden hebben een hoger sterftecijfer). Wie geen alcohol drinkt, doet dit vaak omdat hij of zij medicatie moet nemen of andere gezondheidsredenen heeft om niet te drinken, en dus eigenlijk een zwakkere gezondheid heeft. De proefpersonen vermelden dit dikwijls niet spontaan of verzwijgen het zelfs. Onderzoekers maken vaak geen onderscheid tussen geheelonthouders en ex-drinkers. Matige drinkers blijken ook vaak gezonder te eten en te leven dan zowel niet-drinkers als zware drinkers (Ruidavets, 2004).

Een tweede bedenking is dat de meeste studies gebaseerd zijn op vragenlijsten en derhalve op de informatie die mensen zelf geven over hun drinkgedrag. Dit blijkt weinig objectief te zijn.

De laagste mortaliteit, alle doodsoorzaken meegerekend, vindt men bij 1 à 2 glazen per dag. De huidige stand van de wetenschap laat echter niet toe alcohol aan te bevelen. Deze bevindingen geven enkel weer wat onderzoek vertelt over gezondheidsgerelateerde effecten van matig alcoholgebruik.

Samengevat komt het hierop neer: behalve voor individuen met een specifiek risico is het onwaarschijnlijk dat mannen die 2 glazen en vrouwen die 1 glas per dag drinken, hierdoor gezondheidsproblemen zullen krijgen.

Drinkpatronen zijn minstens even belangrijk als de totale consumptie wat positieve en negatieve effecten op de gezondheid betreft. Daarnaast zijn er heel wat individuele factoren die een rol spelen in het verband tussen alcohol en ziekte (leeftijd, geslacht, genetische aanleg, leefgewoonten, metabolisatiesnelheid, enzovoort). Beschermende en beschadigende effecten van alcohol kunnen niet geeneraliseerd worden en zullen door een individu in overleg met zijn zorgverlener moeten bekeken worden (Gunzerath, 2004).

Men kan zich afvragen of een gering positief effect van een beetje drinken opweegt tegen de schade die het kleine percentage mensen zichzelf berokkent omdat ze hun drinken niet kunnen controleren. Naar de brede bevolking de boodschap sturen dat alcohol drinken goed is voor de gezondheid, zou wel eens vooral nefaste gevolgen kunnen hebben voor de volksgezondheid. Geen enkele wetenschapper adviseert dat mensen die geen alcohol drinken, dat nu zouden beginnen doen om gezonder te worden. Het zouden wel eens vooral de mensen met risicovol drinkgedrag kunnen zijn die in een dergelijke boodschap een legitimatie zien om hun gedrag niet bij te sturen.

8.2.7 Literatuur

- Avogaro, A., Watanabe, R.M., Dall'Arche, A., De Kreutzenberg, S.V., Tiengo, A. & Pacini, G. (2004). Acute alcohol consumption improves insulin action without affecting insulin secretion in type 2 diabetic subjects. *Diabetes Care*, 27, 6, 1369-74.
- Breslow, R.A. & Smothers, B.A. (2005). Drinking patterns and body mass index in never smokers: National Health Interview Survey, 1997-2001. *American Journal of Epidemiology*, 15, 1614, 368-76.
- Britton, A., Singh-Manoux, A. & Marmot, M. (2004). Alcohol consumption and cognitive function in the Whitehall II Study. *American Journal of Epidemiology*, 1, 160, 3, 240-7.
- Camargo, C.A., Stampfer, M.J., Glynn, R.J., Grodstein, F., Gaziano, J.M., Manson, J.E., Buring, J.E. & Hennekens, C.H. (1997). Moderate alcohol consumption and risk for angina pectoris or myocardial infarction in U.S. male physicians. *Annals of Internal Medicine*, 126, 372-375.
- Chen, W.Y., Colditz, G.A., Rosner, B., Hankinson, S.E., Hunter, D.J., Manson, J.E., Stampfer, M.J., Willet, W.C. & Speizer, F.E. (2002). Use of postmenopausal hormones, alcohol, and risk for invasive breast cancer. *Annals of Internal Medicine*, 137, 798-804.

- Chick, J. (1999). Can light or moderate drinking benefit mental health? *European Addiction Research*, 5, 2, 74-81.
- Conigrave, K.M. & Rimm, E.B. (2003). Alcohol for the prevention of type 2 diabetes mellitus? *Treatments in Endocrinology*, 2, 3, 145-152.
- Dufour, M.C. (1999). What is moderate drinking? Defining "drinks" and drinking levels, *Alcohol, Research and Health*, 23, 5-14.
- Espeland, M.A., Gu, L., Masaki, K.H., Langer, R.D., Coker, L.H., Stefanick, M.L., Ockene, J. & Rapp, S.R. (2005). Association between reported alcohol intake and cognition: results from the Women's Health Initiative Memory Study. *American Journal of Epidemiology*, 1, 161, 228-238.
- Facchini, F., Chen, Y. & Reaven, G. (1994). Light-to-moderate alcohol intake is associated with enhanced insulin sensitivity. *Diabetes Care*, 17, 2, 115-119.
- Foppa, M., Fuchs, F.D., Bruce, B. & Duncan, B.B. (2001). Alcohol and atherosclerosis. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 76, 2, 171-176.
- Frost, L. & Vestergaard, P. (2005). Alcohol consumption and the risk of atrial fibrillation or flutter-secondary publication. A cohort study Ugeskr Laeger. *The Archives of Internal Medicine*, 29, 167, 35, 3308-3310.
- Goldberg, I.J., Mosca, L., Piano, M.R. & Fisher, E.A. (2001). AHA Science Advisory: Wine and your heart: a science advisory for healthcare professionals from the Nutrition Committee, Council on Epidemiology and Prevention, and Council on Cardiovascular Nursing of the American Heart Association. *Circulation*, 103, 472-475.
- Gunzerath, L., Faden, V., Zakhari, S. & Warren, K. (2004). National institute on alcohol abuse and alcoholism report on moderate drinking. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 28, 6, 829-847.
- Iguchi, A., Shimokata, H. & Endo, H. (1996). Assessment of biological age and indices of aging, *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, 33, 11, 806-810.
- Krahn, D., Freese, J., Hauser, R., Barry, K. & Goodman, B. (2003). Alcohol use and cognition at mid-life: the importance of adjusting for baseline cognitive ability and educational attainment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 7, 1162-1166.
- Mukamal, K.J., Conigrave, K.M., Mittleman, M.A., Camargo, C.A., Stampfer, M.J., Willett, W.C. & Rimm, E.B. (2003). Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. *The New England Journal of Medicine*, 348, 109-118.
- Mukamal, K.J., Massaro, J.M., Ault, K.A., Mittleman, M.A., Sutherland, P.A., Lipinska, I., Levy, D., D'Agostino, R.B. & Tofler, G.H. (2005). Alcohol Consumption and Platelet Activation and Aggregation Among Women and Men: The Framingham Offspring Study. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 29, 10, 1906-1912.
- Nielsen, N.R., Truelsen, T., Barefoot, J.C., Johnsen, S.P., Overvad, K., Boysen, G., Schnohr, P. & Gronbaek, M. (2005). Is the effect of alcohol on risk of stroke confined to highly stressed persons? *Neuroepidemiology*, 25, 3, 105-113.
- Paassilta, M., Kervinen, K., Rantala, A.O., Savolainen, M.J., Lilja, M., Reunanen, A. & Kesäniemi, Y.A. (1998). Social alcohol consumption and low Lp (2) lipoprotein concentration in middle aged Finnish men: population based study. *British Medical Journal*, 316, 594-595.
- Peele, S. & Brodsky, A. (2000). Exploring Psychological Benefits Associated with Moderate Alcohol Use, *Drug and Alcohol Dependence*, 6, 221-247.

- Randall, D.C., Elsabagh, S.M., Hartley, D.E. & File, S.E. (2004). Does drinking have effects on mood and cognition in male and female students? *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 78, 3, 629-638.
- Rimm, E.B., Klatsky, A., Grobbee, D. & Stampfer, M.J. (1996). Review of moderate alcohol consumption and reduced risk of coronary heart disease: is the effect due to beer, wine, or spirits? *British Medical Journal*, 312, 731-736.
- Ruidavets, J.B., Bataille, V., Dallongeville, J., Simon, C., Bingham, A., Amouyel, P., Arveiler, D., Ducimetiere, P. & Ferrieres, J. (2004). Alcohol intake and diet in France, the prominent role of lifestyle. *European Heart Journal*, 25, 13, 1153-1162.
- Ruitenberg, A., van Swieten, J.C., Witteman, J.C., Metha, K.M., van, Duijn C.M., Hofman, A. & Breteler, M.M. (2002). Alcohol consumption and risk of dementia: the Rotterdam Study, *Lancet*, 26, 359, 9303, 281-286.
- Spanagel, R., Rosenwasser, A.M., Schumann, G. & Sarkar, Dipak K. (2005). Alcohol consumption and the body's biological clock. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 29, 8, 1550-1557.
- Stampfer, M.J., Kang, J.H., Chen, J., Cherry, R. & Grodstein, F. (2005). Effects of moderate alcohol consumption on cognitive function in women. *New England Journal of Medicine*, 20, 3, 352, 245-253.
- Zhang, S., Hunter, D.J., Hankinson, S.E., Giovannucci, E.L., Rosner, B.A., Colditz, G.A., Speizer, F.E. & Willett, W.C. (1999). A prospective study of folate intake and the risk of breast cancer. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 281, 17, 1632-1637.
- Zhang, S.M., Willett, W.C., Selhub, J., Hunter, D.J., Giovannucci, E.L., Holmes, M.D., Colditz, G.A. & Hankinson, S.E. (2003). Plasma folate, vitamin b(6), vitamin b(12), homocysteine, and risk of breast cancer. *Journal of the national Cancer Institute*, 95, 14, 373-380.
- Zhang, Q.H., Das, K., Siddiqui, S. & Meyers, A.K. (2000). Effects of acute, moderate alcohol consumption on human platelet aggregation in platelet-rich plasma and whole blood. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 528-534.

8.3 Opvallende drinktrends (bij jongeren)

Fred Laudens, Jochen Schrooten⁷⁰

8.3.1 *Verskillende patronen in alcoholconsumptie*

Drinkpatronen beschrijven verschillende facetten van hoe mensen drinken: wie de drinker is (geslacht, leeftijd, druggebruiker, ...), waar en wanneer hij drinkt (setting of gelegenheid), wat hij drinkt (type alcoholische drank) en hoe hij drinkt (tempo, in combinatie met andere drugs, ...) (ICAP, 2004).

Tot voor kort waren de meeste onderzoeken naar alcoholconsumptie gebaseerd op 'hoeveelheden alcohol' die gedronken worden (bijvoorbeeld per capita). De alcoholconsumptie van een individu wordt dan beoordeeld op basis van de gemiddelde hoeveelheid alcohol en de frequentie van drinken (Single & Leino, 1998). Intussen is er voldoende wetenschappelijke evidentie om aan te tonen dat het onderzoeken van drinkpatronen heel wat informatie kan opleveren over hun associatie met diverse alcoholproblemen (Bobak, 2005).

Drinkpatronen hebben wisselende individuele, sociale en economische gevolgen die zowel positief als negatief kunnen zijn (ICAP, 2004). In deze bijdrage beschrijven we een aantal drinkpatronen die de afgelopen 10 jaar in Vlaanderen in het oog sprongen.

8.3.2 *Indrinken*

Over indrinken is er amper onderzoek verricht. Er zijn slechts enkele beperkte bronnen over dit thema ter beschikking. Toch is indrinken een drinkpatroon dat frequent voorkomt onder jongeren en daarom extra aandacht verdient. Onder indrinken verstaan we 'het drinken van alcoholische dranken, thuis, op straat of onderweg naar ..., voordat jongeren uitgaan'. Indrinken is de laatste jaren erg populair bij jongeren (STAP, 2004).

Er zijn meerdere redenen om in te drinken. Ten eerste omdat aan jongeren die nog geen 16 jaar zijn soms alcohol wordt geweigerd in uitgaansgelegenheden. Ten tweede omdat alcoholische dranken in de horeca duur zijn voor jongeren. Vooraf alcohol drinken is veel goedkoper omdat de drank thuis voorhanden is of omdat ze de alcohol in de supermarkt gaan kopen (STAP, 2004). Ten derde drinken jongeren ook al van tevoren om in de stemming te komen. Sommige jongeren zullen alcohol aanwenden om de moed op te wekken om uit te gaan. Ten slotte kan indrinken met vrienden gezellig zijn.

70. Stafmedewerkers VAD.

Indrinken leidt tot een grotere consumptie alcohol per gelegenheid (avond, nacht, ...), aangezien men reeds vóór het uitgaan begint te drinken en vaak tijdens het uitgaan ook nog drinkt. Dit brengt extra gezondheidsrisico's met zich mee (STAP, 2004). Recent Nederlands onderzoek toont aan dat jongeren die indrinken voor overlast zorgen in bepaalde buurten of rond bepaalde plaatsen waar jongeren samenkomen om in te drinken. Overlast manifesteert zich meestal in de vorm van straatlawaaï, agressiviteit, vandalisme en vechtpartijen (Mulder, 2005).

8.3.3 *Binge-drinken*

Hoewel de term binge-drinken geregeld opduikt in de alcoholthematiek blijft er onduidelijkheid bestaan over wat de term precies betekent (Engineer e.a., 2003). Vanuit klinisch standpunt betekent een 'binge' continu drinken, soms zelfs gedurende meerdere dagen, tot bewusteloosheid optreedt (IAS, 2005a; Evans e.a., 2005; Newburn & Shiner, 2001). In 1992 introduceerden Wechsler & Isaac de term *binge drinking* voor het eerst in een onderzoek naar alcoholgebruik bij studenten van de universiteit van Massachusetts. Op dat moment definieerden zij binge-drinken als 5 of meer glazen alcohol consumeren per drinkgelegenheid. Aangezien deze definitie geen rekening hield met het geslacht van de drinker formuleerden Wechsler e.a. in 1994 de term binge-drinken als 5 of meer (mannen) en 4 of meer (vrouwen) glazen alcohol per drinkgelegenheid (Wechsler e.a., 1999; Murgraff e.a., 1999). Deze laatste definitie was geruime tijd de standaard in de Verenigde Staten, Canada en Australië (Newburn & Shiner, 2001; Murgraff e.a., 1999). Het Verenigd Koninkrijk hield er een andere, minder conservatieve definitie van binge-drinken op na, namelijk: 8 of meer (mannen) en 6 of meer (vrouwen) glazen alcohol per drinkgelegenheid (IAS, 2005a). In onderzoeken uit andere landen vindt men vaak nog andere definities van binge-drinken of spreekt men niet over binge-drinken, maar over overconsumptie (Demarest e.a., 2002) of zwaar doordrinken (Measham, 1996).

Voorgaande definities van binge-drinken zijn erg breed en houden geen rekening met de duur van de drinkgelegenheid noch met de hoeveelheid (centiliter) en de sterkte (%) van een glas alcohol (Evans e.a., 2005). Op dit moment zijn er 2 gangbare definities, een subjectieve en een objectieve, om de term binge-drinken te beschrijven:

"Binge drinken is doordrinken met de bedoeling (matig) dronken te worden" (IAS, 2005a; Engineer e.a., 2003).

"Bingedrinken is een patroon van alcoholconsumptie dat een bloedalcoholconcentratie (BAC) veroorzaakt van 0,08 gram percent of hoger. Voor

een gemiddelde⁷¹ volwassene komt dit overeen met 5 of meer (mannen) / 4 of meer (vrouwen) standaardglazen⁷² alcohol in een periode van 2 uur” (Roa, 2004).

Dronken worden kan gebeuren zonder dat het bedoeld is, maar vaak hebben binge-drinkers de intentie om dronken te worden. De belangrijkste motieven om te ‘bingen’ zijn, ten eerste, om plezier te maken met vrienden, ten tweede, om erbij te horen, druk van vrienden⁷³, ten derde, om te ontsnappen aan de dagelijkse sleur of bepaalde problemen, ten vierde, om stoer en zelfzeker over te komen (IAS, 2005a; Evans e.a., 2005; Center for science in the public interest, 2005) en ten slotte om grenzen te verleggen (Engineer e.a., 2003).

Naast deze directe motieven om te gaan binge-drinken zijn er nog andere factoren die een invloed hebben op het al dan niet ontwikkelen van bepaalde drinkpatronen, namelijk de invloed van ouders en hun drinkgewoonten, de band tussen kind en familie en een eventuele genetische voorbestemdheid (Evans, e.a, 2005).

Alcohol drinken heeft positieve en negatieve gevolgen voor de gezondheid en het sociale leven. binge-drinken is een drinkpatroon met overwegend nadelige gevolgen op medisch en sociaal vlak. Allereerst kan binge-drinken leiden tot hersenbeschadigingen. Deze kans is bovendien groter voor jongeren omdat hun hersenen gevoeliger zijn dan deze van volwassenen (Evans, 2005; IAS, 2005b). Ten tweede vergroot, door een te hoge stijging van de bloeddruk als gevolg van binge-drinken, de kans op problemen met hart en bloedvaten (IAS, 2005b). Ten derde kan binge-drinken leiden tot acuut nierfalen (Keijsers & Vaandrager, 2000). Ten slotte bestaat er een verband tussen binge-drinken en psychische problemen zoals angsten, neurosen en depressies met soms zelfs suïcide tot gevolg (IAS, 2005b; Alcoholconcern, 2001a).

Daarnaast hebben jongeren en jongvolwassenen die vaak en ongeremd doordrinken meer kans op (verkeers)ongevallen, meer kans om betrokken te zijn bij agressie als dader of slachtoffer (Engineer e.a., 2003; IAS, 2005b), meer kans op leerachterstand op school door concentratie- en leerproblemen, meer kans om onveilig te rijden, op een ongewenste zwangerschap, op seksueel overdraagbare aandoeningen en op verkrachting of ongewenste seksuele intimiteiten (Evans, e.a, 2005; Keijsers & Vaandrager, 2000). Jonge binge-drinkers zouden vaker illegale drugs zoals cannabis en stimulantia gebruiken dan andere jongeren (SAMHSA, 2002;

71. Voor sommige mensen (bijvoorbeeld ouderen of gebruikers van medicijnen of illegale drugs) zal het aantal standaardglazen om een BAC van 0,08 gram percent te halen kleiner zijn.

72. Een standaardglas in de Verenigde Staten bevat 14 gram pure alcohol (Evans e.a., 2005) terwijl een standaardglas in België ongeveer 10 gram pure alcohol bevat (Van de Wiel, 1993). Dit betekent dat volgens deze definitie Belgische mannen 7 en vrouwen 5,5 standaardglazen moeten drinken binnen 2 uur om te spreken van binge-drinken.

73. Druk van vrienden wordt door heel wat studies gezien als de belangrijkste beïnvloedende factor voor binge-drinken (Kuntsche e.a., 2004)

IAS, 2005b) en deze combineren met alcohol. Illegale middelen zorgen ervoor dat er langer doorgedronken wordt waardoor het effect en de risico's van diverse producten vergroot (Engineer e.a., 2003). Verminderde productiviteit op het werk of tijdens het sporten en alcoholgerelateerde afwezigheid zijn andere nadelige gevolgen verbonden aan het binge-drinken (Evans e.a., 2005; IAS, 2005b).

In de EU is overmatig alcoholgebruik de belangrijkste doodsoorzaak bij jongeren, voornamelijk door verkeersongevallen, ongelukken, agressie, psychische problemen, ... (Rehm, 2001).

8.3.4 Alcopops

Alcopops zijn alcoholhoudende limonade- en vruchtensapmixen met een alcoholgehalte tussen 4% en 8% (De Maeseneire, 2003). Het volume van 1 alcopop is meestal 250 of 275 milliliter waardoor de gemiddelde alcopop iets meer dan 1 standaardvolume alcohol bevat.

De alcohol in alcopops wordt soms verkregen door de vergisting van vruchtensap zoals bij Hooper's Hooch®. Een vaker gebruikte productietechniek voor alcopops is eenvoudigweg het vooraf mixen van limonade of vruchtensappen met bekende gedistilleerde sterkedranken (bijvoorbeeld Bacardi-Breezer® en Smirnoff Ice®). Alcopops doken voor het eerst op in Australië, Engeland en de Verenigde Staten in 1995 (Alcohol Concern, 2001b). In België kwamen ze sinds 1997 in de aandacht. Een meer recente trend die strikt genomen niet onder alcopops valt maar er wel veel gelijkenissen mee vertoont zijn *blasters*. Een *blaster* is een mix van een energy drink en een gedistilleerde drank (bijvoorbeeld Vodka-Red Bull®). Blasters worden ter plaatse gemixt.

Alcopops zijn een typisch voorbeeld van *designer drinks* (van Dalen, 2001): producenten creëren met behulp van reclame bewust een jong, trendy en eigentijds imago. De alcopops zelf worden voorzien van kleurrijke, opvallende verpakkingen. De flesjes hebben mooie vormen en blikjes worden voorzien van flitsende kleuren en trendy afbeeldingen. De marketing van alcopops richt zich volgens de producenten naar de leeftijdsgroep van 18 tot 25 jaar. Uit recent onderzoek bij de Vlaamse schoolgaande jeugd (Kinable, 2005) blijkt echter duidelijk dat alcopops gebruikt worden door jongeren vanaf 12 jaar. Alcopops zijn het meest populair bij de 16- tot 17-jarigen. Sinds 2001 is er wel een duidelijke daling in het gebruik van alcopops bij alle leeftijdsgroepen.

De marketing van alcopops naar jongeren en de eigenschappen van alcopops houden een aantal gevaren in voor jongeren (Brain & Parker, 1997). Omdat alcopops afgeleid zijn van frisdranken en frisdranken zeer populair zijn bij jongeren, wordt het onderscheid tussen frisdranken en alcoholhoudende dranken ondergraven.

Het toevoegen van suiker en met vruchten verwante smaakstoffen maskeert bovendien de smaak van alcohol. Uit onderzoek van Leeming e.a. (2002) blijkt dat jongeren alcopops minder associëren met fysiek ongemak, verminderde motorische en cognitieve functie en intoxicatie dan andere alcoholische dranken zoals bier en sterkedrank. Alcopops leiden tot een verlaging van de beginleeftijd van het eerste alcoholgebruik en dus tot een verhoogde kans op probleemgebruik op latere leeftijd.

8.3.5 Combigebruik

De in de literatuur gebruikte terminologie en definities voor combigebruik zijn verscheiden en niet eenduidig. In Vlaanderen werd volgende definitie voorgesteld:

“Combigebruik is het gebruik van meer dan 1 drug door eenzelfde persoon waarbij de effecten van de verschillende drugs elkaar beïnvloeden” (Laudens, 2005).

Noodzakelijke voorwaarden om van combigebruik te spreken zijn dus 1) dat eenzelfde persoon verschillende drugs gebruikt en 2) dat deze drugs gebruikt worden binnen een korte tijdsspanne waardoor de verschillende effecten elkaar kunnen beïnvloeden. Binnen het opzet van dit boek is een van de drugs alcohol.

Over de epidemiologie van combigebruik met alcohol is weinig geweten. Duidelijk is wel dat alcohol het meest gecombineerd wordt met andere legale drugs zoals tabak en medicatie. Heel wat van het combigebruik van alcohol met andere drugs gebeurt niet-intentioneel.

Mogelijke effecten en risico's van combigebruik met alcohol variëren in functie van de andere drug die met alcohol gecombineerd wordt. Alcohol is een verdovende drug. Combinaties van alcohol met andere verdovende drugs zoals slaap- of kalmeringmiddelen resulteren in een nog sterker verdovend effect. Alcohol en stimulerende drugs (XTC, cocaïne, ...) werken antagonistisch. Het effect van de combinatie ligt ergens tussen het effect van de stimulerende drug en de verdovende drug.

Alcohol wordt vaak samen gebruikt met tabak. Dit is waarschijnlijk de meest voorkomende vorm van combigebruik. De combinatie van alcohol en tabak leidt tot een licht vertraagde absorptie van alcohol met bijhorende hogere piekwaarden van alcohol in het bloed. Het gebruik van een van beide verhoogt de kans op voortgezet gebruik van de andere (Anthony e.a., 2001). Gecombineerd gebruik leidt ook tot een verhoogd risico op kanker en cardiovasculaire problemen.

Alcohol in combinatie met cocaïne kan leiden tot binge-gebruik (Gezondheidsraad, 2002) en geeft een groter gevoel van euforie in vergelijking met het exclusief gebruik van cocaïne (McCane-Katz e.a., 1998). Het subjectieve gevoel van alcoholintoxicatie wordt gedempt. De combinatie leidt ook tot de vorming van een nieuwe metaboliet coca-ethyleen (Farré e.a., 1997) die nog schadelijker is voor het lichaam dan cocaïne.

Over de effecten en risico's van het samen gebruiken van alcohol en XTC/speed is nog niet veel onderzoek verricht. De effecten liggen wel in dezelfde lijn als bij het gecombineerd gebruik van alcohol en cocaïne (binge-gebruik en demping van het intoxicatiegevoel). De combinatie alcohol/XTC kan ook leiden tot lichamelijke uitputting en uitdroging.

De effecten en risico's van het gebruik van alcohol en medicatie worden bepaald door het type medicatie waarmee gecombineerd wordt. Algemeen gesteld zijn er een viertal risico's. Combineren kan leiden tot een vertraagde afbraak van alcohol waardoor de alcoholconcentratie in het bloed toeneemt. De sedatieve effecten van alcohol treden meer op de voorgrond. Een vertraagde afbraak van de medicatie met verhoogde concentratie in het bloed en bijhorende versterkte werking is een andere mogelijkheid. Langdurig en excessief alcoholgebruik kan ook leiden tot een verhoogde metabolisering van de medicatie. De medicatie zal bij een gegeven dosis minder effectief zijn. Ten slotte kan alcohol op zich het verloop van de ziekte waarvoor medicatie genomen wordt negatief beïnvloeden.

8.3.6 Literatuur

- Alcohol Concern (2001a). *Alcohol Concern Fact Sheet*. Gedownload op 14 september 2005 van <http://www.alcoholconcern.org.uk/servlets/doc/209>
- Alcoholconcern (2001b). *Factsheet 20: Binge drinking*. Gedownload op 6 september 2005 van http://www.alcoholconcern.org.uk/files/20031212_114408_Binge%20drinking%20update%20%202003.pdf
- Center for science in the public interest (2005). *Fact sheet: binge drinking on college campuses*. Gedownload op 9 september 2005 van <http://www.cspinet.org/booze/collfact1.htm>
- Anthony, J.C. & Echeagaray-Wagner, F. (2001). Epidemiologic analysis of alcohol and tobacco use. Patterns of co-occurring consumption and dependence in the United States. *Alcohol research & Health*, 24, 4, 201-208.
- Bobak, M. (2005). Drinking volume and drinking patterns: back to basics. *Addiction*, 100, 7, 883.
- Brain, K. & Parker, H. (1997). *Drinking with design: alcopops, designer drinks and youth culture*. Manchester: University of Manchester & SPARC.
- De Maeseneire, I. (2003). *Over alcopops en andere trendy drankjes*. Brussel: VAD.
- Demarest, S., Van Der Heyden, J., Gisle, L., Buziarsist, J., Miermans, P.J., Sartor, F., Van Oyen, H. & Tafforeau, J. (2002). *Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 2001*. IPH/

- EPI Reports nr. 2002 - 25, Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling epidemiologie. Gedownload op 15 september 2005 van <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/index4.htm>
- Engineer, R., Phillips, A., Thompson, J. & Nicholls, J. (2003). *Drunk and disorderly: a qualitative study of binge drinking among 18-24-years-olds*. Gedownload op 6 september 2005 van <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/hors262.pdf>
- Evans, K., Grant, M., Martinic, M. & Robson, G. (eds.) (2005). *ICAP Blue book. Practical guides for alcohol policy and prevention approaches*. Gedownload op 6 september 2005 van http://www.icap.org/ICAP/publications/blue_book/index.html
- Farré, M., de La Torre, R., Gonzales, M.L., Teran, M.T., Roset, P.N., Menoyo, E & cami, J. (1997). Cocaine and alcohol interactions in humans: neuroendocrine effects and cocaethylene metabolism. *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 283, 1, 164-176.
- Gezondheidsraad (2002). *Adviezen: medicamenteuze interventies bij drugverslaafden*. Gedownload op 14 september 2005 van <http://www.gr.nl/pdf.php?ID=250>
- Institute of Alcohol Studies (IAS) (2005a). *Binge drinking. Nature, prevalence and causes: fact sheet*. Gedownload op 7 september, 2005, van: <http://www.ias.org.uk/factsheets/binge-drinking.pdf>
- Institute of Alcohol Studies (IAS) (2005b). *Binge drinking. Medical and social consequences: fact sheet*. Gedownload op 7 september 2005 van <http://www.ias.org.uk/factsheets/binge-drinkingmed.pdf>
- International Center for Alcohol Policies (ICAP) (2004). *Drinking patterns: from theory to practice*. ICAP reports 15. Gedownload op 7 september 2005 van http://www.icap.org/download/all_pdfs/ICAP_Reports_English/report15.pdf
- Keijzers, J.F. & Vaandrager, L. (2000). *Gezond leven: stand van zaken en voorstel voor programmering*. Woerden: NIGZ.
- Kinable, H. (2005). *Bevraging van Vlaamse leerlingen in het kader van een Drugbeleid Op School: synteserapport schooljaar 2004-2005*. Brussel: VAD.
- Kuntsche, E., Rehm, J. & Gmel G. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social science & medicine*, 59, 1, 113-127.
- Laudens, F. (2004). *Dossier combigebruik*. Brussel: VAD
- Leeming, D., Hanley, M. & Lyttle, S. (2002). Young People's Images of Cigarettes, Alcohol and Drugs. *Drugs, Education, Prevention and Policy*, 9, 2, 169-185.
- McCane-Katz, E., Kosten, T.R. & Jatlow, P. (1998). Concurrent Use of Cocaine and Alcohol Is More potent and Potentially More Toxic than use of Either Alone – A Multiple Dose Study. *Biological Psychiatry*, 44, 250-259.
- Measham, F. (1996). The 'big bang' approach to sessional drinking: changing patterns of alcohol consumption amongst young people in north west England. *Addiction Research*, 4, 3, 283-299.
- Mulder, J. (2005). *Indrinken op eigen erf: landelijk veldonderzoek naar jongerenontmoetingsplekken in een semi-particuliere omgeving*. Utrecht: STAP.
- Murgraff, V., Parrott, A. & Bennett, P. (1999). Risky single-occasion drinking amongst young people-definition, correlates, policy and intervention: a broad overview of research findings. *Alcohol & Alcoholism*, 34, 1, 3-14.

- Newburn, T. & Shiner, M. (2001). *Teenage kicks? Young people and alcohol: a review of the literature*. Layerhorpe: York Publishing Services.
- Rehm, J. (2001). *Alcoholgerelateerde ziekten bij jongeren in Europa. Europees alcohol actieplan*. Gedownload op 29 december 2004 van <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>
- Roa, G. (ed). (2004). *NIAAA newsletter, winter 2004*. Gedownload op 29 december 2004 van http://www.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.htm#council
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2002). *The NHSDA report. Binge drinking among underage persons*. Gedownload op 7 september 2005 van <http://www.oas.samhsa.gov/2k2/AlcBinge/AlcBinge.pdf>
- Single, E. & Leino, V.E. (1998). The levels, patterns, and consequences of drinking. In M. Grant & I. Litvak, *Drinking patterns and their consequences* (pp.7-24). Washington, DC: Taylor and Francis.
- Stichting Alcoholpreventie (STAP) (2004). *Indrinken populair bij jongeren*. Gedownload op 8 december 2004 van <http://www.alcoholenopvoeding.nl/opvoedingsadvies.php3?kleur=groen&id=11>
- van Dalen, W. & van de Hoef, P. (2001). *Trendy drankjes spreken jongeren aan*. Woerden: NIGZ.
- Van De Wiel, A. (1993). *Alcohol en ziekte*. Utrecht: wetenschappelijke uitgeverij Bunge.
- Wechsler, H., Lee, J.E., Kuo, M. & Lee, H. (2000). College binge drinking in the 1990s: a continuing problem. Results of the Harvard school of public health 1999 college alcohol study. *Journal of American College Health*, 48, 5, 199-210.



HOOFDSTUK 9

TRENDS IN ALCOHOLGEBRUIK: SAMENVATTING EN BEDENKINGEN

In onze samenleving is alcoholgebruik volkomen geaccepteerd en een onderdeel van het sociale leven. Nieuwjaarsrecepties, verjaardagsfeestjes of babyborrels zijn haast ondenkbaar zonder toast met champagne, wijn of andere alcoholische dranken. Aan alcohol worden al zeer lang positieve functies toegeschreven, bijvoorbeeld goed voor verkoudheid, ontspannen bij stress, ...

De laatste decennia is men in de onderzoekswereld ook aandacht gaan besteden aan de negatieve gevolgen van alcoholconsumptie voor de gezondheid. Deze effecten stellen zich niet uitsluitend bij personen die veel drinken of afhankelijk zijn van alcohol. Ook sociaal aanvaarde drinkpatronen (meer dan 2/3 glazen per dag of binge-drinken) kunnen een negatieve uitwerking hebben. Denken we maar aan verkeersongevallen of caf  ruzies. Problematisch alcoholgebruik is in de eerste plaats een gezondheidsprobleem. Daarnaast mogen we ook de economische en sociale kosten niet onderschatten.

In dit boek brengen we voor het eerst in Vlaanderen een heel scala aan indicatoren samen die het beeld vervolledigen van het alcoholgebruik in Vlaanderen. We schetsen het economisch plaatje, de omvang van het alcoholgebruik bij jongeren en volwassenen, de gevolgen van alcoholgebruik en het profiel van alcoholgebruikers die een beroep doen op hulpverlening. We willen vooral schetsen hoe het alcoholgebruik de laatste 10 jaar evolueerde. In onze selectie van bronnen hebben we ons dan ook zoveel mogelijk laten leiden door het criterium dat data voor verschillende jaren beschikbaar moesten zijn, zodat we trends konden vaststellen.

Alcohol economisch bekeken

In België wordt van de alcoholische dranken het meest bier geproduceerd. De geproduceerde hoeveelheid (1,7 miljard liter in 2004) ligt ver boven deze van sterkedrank (15,6 miljoen liter) of wijn (16,8 miljoen liter). Het laatste jaar nam de bierproductie nog toe terwijl het aantal brouwerijen de laatste jaren slonk van 126 naar 115.

België voert meer alcohol uit dan het invoert. Ook op het vlak van export scoort Belgisch bier goed. 50% van de bierproductie is bestemd voor het buitenland. In 2004 wordt er meer dan dubbel zoveel bier uitgevoerd dan in 1994. Voor wijn en sterkedrank zijn we aangewezen op import. De invoer van wijn steeg tussen 1994 en 2004 met 22% en de invoer van sterkedrank ging 26% de hoogte in.

De verkoop van alcohol creëert inkomsten voor de overheid. Op een periode van 10 jaar tijd inde de overheid 24% meer accijnzen: 468 miljoen EUR in 1994 en 580 miljoen EUR in 2004. Een derde van de inkomsten aan accijnzen is afkomstig van de accijns op sterkedrank. Daarnaast int de overheid een bedrag aan openingstaks en vergunningsrecht. De ontvangsten aan openingstaks en vergunningsrecht zijn tussen 1994 en 2004 gedaald, onder meer als gevolg van een paar wetsveranderingen die in die periode werden doorgevoerd. Sedert 1 januari 2002 is in het Vlaamse Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een nultarief ingesteld wat betreft de openingsbelasting en door de wetswijziging van 17 mei 2004 is ook het betalen van een accijns op het vergunningsrecht afgeschaft.

In 2004 gaat 9% van het gezinsbudget voor voeding, drank en tabak naar de aankoop van alcohol. We spreken dan over een gemiddeld bedrag per huishouden per jaar van 433 EUR. Tegenover 1995 betekent dat een meeruitgave van 4%. Gezinnen gaven tussen 1995 en 2004 minder uit aan sterkedrank en bier maar meer aan wijn en aperitieven.

Er wordt natuurlijk niet alleen thuis alcohol gedronken maar ook in de horeca. De laatste jaren daalde het aantal horecazaken in het Vlaamse gewest met 11%. De daling is het sterkst voelbaar bij de cafés. In 2004 waren er 6.000 cafés minder dan in 1994.

In de alcoholproducerende industrie zijn in 2003 6.503 personen tewerkgesteld. Tegenover 1990 betekent dat een daling in de tewerkstelling met 32%. De indirecte tewerkstelling in de horeca, de toeleveringbedrijven, de drankenhandel enzovoort nam tussen 1995 en 2003 met 13% toe.

- ▶ Markteconomische officiële gegevens zijn vooral geschikt om een situatie te beschrijven. Verklaringen zoeken achter de cijfers is moeilijk. Zo blijkt uit de cijfers bijvoorbeeld dat het aantal cafés daalt. Om welk soort cafés gaat het dan – grote of kleine, volkscafés of jongerencafés – en heeft dit implicaties voor de plaatsen waar jongeren gaan drinken? Op dergelijke vragen geven officiële cijfers geen antwoord.
- ▶ Een bijkomende moeilijkheid is dat officiële cijfers soms heel erg verschillen, afhankelijk van de bron. Op de overheidsadministraties kan men niet altijd een verklaring geven voor ‘vreemde’ cijfers.
- ▶ Over bier wordt systematisch marktinformatie bijgehouden door de Belgische Brouwers. Gelijkaardige en toegankelijke informatie over wijn en sterkedrank is niet beschikbaar.
- ▶ Verder moeten we er ook op wijzen dat er ten dienste van de alcohol-industrie markteconomische gegevens over het alcoholverbruik van de bevolking worden verzameld door marktonderzoeksbureaus. Helaas zijn deze data door hun hoge kostprijs moeilijk toegankelijk voor onderzoekers en non-profitorganisaties.

Alcoholgebruik

Globaal bekeken daalde de *per-capita-consumptie* van alcohol in België tussen 1990 en 2003 van 9,9 naar 8,8 liter pure alcohol. Daarmee staan we 14^{de} op wereldvlak en zijn we tegenover 2002 4 plaatsen gestegen. De per-capita-consumptie van bier en wijn daalde maar deze van sterkedrank nam toe. Tussen 2002 en 2003 stijgt de consumptie van sterkedrank met 9,7%. Om welke gedistilleerde producten het dan precies gaat, kunnen we op basis van de beschikbare cijfers niet zeggen.

Internationaal gezien behoort België samen met onder andere Ierland, Duitsland, Nederland en het Verenigd Koninkrijk tot de *bierlanden*. Met een jaarlijks bierverbruik van 96 liter bier per persoon staat ons land zevende in de wereld.

Pils is voor Belgen nog steeds de *populairste alcoholische drank* hoewel de consumptie ervan afneemt. Abdijbieren en trappist worden ieder jaar meer gedronken en sinds 2002 neemt ook de populariteit van fruitbieren toe. De keuze voor een bepaalde drank (bijvoorbeeld bier, wijn, sterkedrank, champagne,...) hangt

samen met de locatie (café, discotheek, receptie, thuis, ...). Zo wordt er op café of tijdens het uitgaan vooral voor bier gekozen maar gaat de voorkeur op recepties uit naar champagne. Ook de leeftijd, de sekse en het beroep van de drinker beïnvloeden de drankvoorkeur.

De laatste jaren bleef het aantal *drinkers in de totale bevolking* stabiel. Gemiddeld drinken Vlamingen wekelijks 10 glazen alcohol. Tijdens het weekend drinkt men gemiddeld 3,6 glazen, in de week 2,6 glazen. Een derde van de Vlamingen drinkt enkel tijdens het weekend, 3 op de 10 Vlamingen drinken zowel tijdens de week als in het weekend. Het aantal drinkers dat geen onderscheid maakt tussen week of weekend stijgt van een kwart in 1997/2001 tot 3 op de 10 in 2004.

Het percentage weekenddrinkers is zeer hoog bij de jongeren en neemt af met de leeftijd. Jongeren tussen 15 en 24 jaar drinken in het weekend gemiddeld 5 glazen alcohol. Het patroon van zowel tijdens de week als in het weekend te drinken komt vaker voor in de oudere leeftijdsgroepen.

Dubbel zoveel mannen dan vrouwen drinken dagelijks alcohol. Het dagelijks alcoholgebruik stijgt met de leeftijd en bereikt een piek op de leeftijd 55 tot 74 jaar.

Onder *leerlingen in het secundair onderwijs* in Vlaanderen is alcohol nog steeds het meest gebruikte psychoactieve middel. 84,5% van alle leerlingen in het secundair onderwijs heeft ooit alcohol gedronken, 70,5% dronk ook tijdens het jaar voor de bevraging alcohol: 44,3% deed dit occasioneel, 26,2% deed dit minstens regelmatig. Het alcoholgebruik is de laatste 5 schooljaren niet wezenlijk veranderd. Bier telt de meeste en de meeste regelmatige drinkers. Het gebruik van alcopops is sinds 2001 gedaald. Steeds meer jongeren geven aan dat ze ooit dronken waren. Dronkenschap komt vooral voor vanaf de leeftijd van 14-15 jaar. Toch is al ongeveer 1 op de 7 jongeren al voor zijn dertiende dronken geweest.

We horen vaak dat jongeren steeds jonger alcohol beginnen te drinken. Uit de Vlaamse cijfers blijkt dat hoe jonger de leerlingen zijn, hoe jonger de startleeftijd is die ze opgeven waarop ze voor het eerst alcohol dronken. We kunnen hieruit zeker niet concluderen dat jongeren steeds jonger beginnen met alcoholgebruik omdat we rekening moeten houden met herinneringsfouten en het relativeren van de eerste drinkervaring. 13 jaar blijkt een scharnierleeftijd te zijn. De helft tot driekwart van de 13-jarigen in de middelbare school heeft al alcohol gedronken en vanaf die leeftijd neemt het aantal starters sterk toe.

Het *drinkgedrag van studenten* in het hoger (universitair) onderwijs verdient speciale aandacht omdat hun alcoholgebruik hoger is dan dat van middelbare scholieren en omdat omgevingskenmerken van de studentenwereld een versterkende invloed hebben op het drinken. In 2001 drinkt 53,3% van de studenten in de Brusselse regio op een wekelijkse basis alcohol. In 1994 ging het om 50,5% en in 1998

om 45%. Onder studenten is wijn de populairste drank als gekeken wordt naar het laatstejaarsgebruik maar bier wordt het meest frequent gedronken. De prevalentie van wekelijks dronken zijn is bij de Brusselse studenten tussen 1994 en 2001 gestegen van 4% tot 6%.

De drinkpatronen van *vrouwen* en mannen verschillen: er zijn minder vrouwen dan mannen die drinken en vrouwen drinken minder frequent. Toch zijn er tendensen dat de verschillen in alcoholgebruik van vrouwen en mannen stilaan verkleinen: het percentage vrouwen dat niet drinkt is tussen 1997 en 2004 afgenomen van 20% tot 17,5%; tussen 1997 en 2004 zijn er meer vrouwen dagelijks gaan drinken – een stijging van 3% naar 5%; overconsumptie van alcohol vertoont bij vrouwen de laatste jaren een stijgende tendens: in 1997 dronk 5% van de vrouwen minstens 1 keer per maand 6 glazen alcohol op een dag, in 2004 wordt dit vastgesteld bij 8% van de vrouwen. Ook het problematisch alcoholgebruik, gemeten via het CAGE-screeningsinstrument, is bij vrouwen tussen 2001 en 2004 toegenomen (van 2% tot 3,5%) en vooral in de leeftijdsgroepen 25-34 jaar, 45-54 jaar en 64-74 jaar.

Naargelang de gelegenheid verschilt de drankvoorkeur van vrouwen en mannen: er zijn meer vrouwen dan mannen die op café of tijdens het uitgaan wijn, sterke-drink of alcopops drinken.

Onderzoek naar middelengebruik in het *uitgaansleven* is in Vlaanderen relatief nieuw waardoor nog geen trends kunnen aangegeven worden. 3 op de 10 jongeren tussen 13 en 25 jaar die naar fuiven gaan, drinken altijd alcohol op een fuif. Een kwart drinkt gemiddeld 6 à 10 glazen.

7 op de 10 uitgaanders drinken wekelijks alcohol, 11% drinkt dagelijks.

Ook in het uitgaansleven lijkt de populariteit van alcopops af te nemen maar blijven mixen van sterkedrank met *energy drinks* wel in.

Alcohol wordt zeer vaak in *combinatie met andere middelen* gebruikt, zij het tabak, cannabis of cocaïne. Polydruggebruik is geen nieuw fenomeen en wordt al geruime tijd vastgesteld in de drughulpverlening. Combigebruik, namelijk het (bijna) tegelijkertijd combineren van verschillende psychoactieve middelen, kwam pas de laatste jaren onder de aandacht. Onderzoek bij cannabisgebruikers stelt vast dat 35% van de regelmatige cannabisgebruikers regelmatig alcohol met cannabis combineert. Een studie bij cocaïnegebruikers vond dat 8 op de 10 cocaïnegebruikers altijd tot vaak alcohol met cocaïne combineren.

België scoort boven het *Europese gemiddelde* voor het percentage personen van 15 jaar en ouder die de laatste 4 weken alcohol dronken (62,1%) en voor het gemiddeld aantal gedronken eenheden per dag (2,76). De afgelopen maand gingen Belgen zich gemiddeld 2,14 keer te buiten aan excessief drinken daar waar het Europese gemiddelde op 1,49 keer ligt.

36% van de Belgische jongeren van 15-16 jaar drinkt regelmatig alcohol, wat meer is dan in Frankrijk (22%) maar lager dan in Nederland (45%) of het Verenigd Koninkrijk (43%).

Wat betreft binge-drinken – minstens 5 alcoholische dranken na elkaar drinken – situeert België zich in de subtop: 22% van de 15-16-jarige jongeren deed het de afgelopen maand minstens 3 keer. In Nederland, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk komt binge-drinken meer voor, in Frankrijk heel wat minder.

- ▶ Om te berekenen hoeveel alcohol we in België drinken, kunnen we een beroep doen op officiële statistieken en bevolkingsonderzoek. De per-capita-consumptie geeft een eerste indicatie en is bijzonder geschikt om onze positie tegenover andere landen te bepalen. Informatie uit bevolkingsonderzoek bij diverse bevolkingsgroepen (volwassenen, vrouwen, jongeren, studenten,...) vormt hierop een noodzakelijke aanvulling om te komen tot een grondig inzicht in drinkpatronen.
- ▶ Helaas schiet bevolkingsonderzoek over alcoholgebruik in België nog al te vaak tekort. Over heel wat drinkgebonden aspecten kunnen we voor Vlaanderen/België geen uitspraken doen omdat er simpelweg geen onderzoek naar gebeurde. Veelal beperken onderzoekers zich tot het bevragen van drinkfrequenties, beginleeftijd, motieven van gebruik, ... maar weten we niet welke drank wanneer en waarom wordt gedronken of welke problemen drinkers ondervinden door (overmatig) alcoholgebruik. Nochtans kan dat belangrijk zijn om gepast preventief uit de hoek te komen.
- ▶ Het nadeel van bevolkingsonderzoek is dat de data door het individu zelf gerapporteerd worden en bijgevolg onderhevig zijn aan individuele vertekeningen – lees: onderschatting.
- ▶ Zowel de officiële statistieken als de data uit zelfrapportering hebben voor- en nadelen. Triangulatie van verschillende data geeft dan ook het meest complete plaatje.
- ▶ Dankzij de gezondheidsenquête hebben we al voor 3 jaar gegevens over de frequentie van alcoholgebruik in de volwassen bevolking (15 jaar en ouder). Alcoholgebruik is een van de vele gezondheidsindicatoren die in de gezondheidsenquête een plaats hebben. Een diepgaande analyse kan men dan ook niet verwachten. Het is aangewezen op de data van de gezondheidsenquête verdere analyses te doen zodat er meer inzicht mogelijk is in drinkpatronen volgens verschillende achtergrondkenmerken

(gezinssamenstelling, beroep, ...) of de samenhang met ander gedrag (bijvoorbeeld suicide, ...).

- ▶ Voor schoolgaande jongeren stelt zich hetzelfde probleem: de onderzoeken waarin alcoholgebruik van jongeren aan bod komt, hebben als invalshoek het monitoren van het middelengebruik of het gezondheidsgedrag van jongeren in het algemeen. Alcoholgebruik is dan slechts een onderdeel van de bevraging. Drinkpatronen die typerend zijn voor jongeren (bijvoorbeeld indrinken, binge-drinken,...) vinden we voor België niet beschreven.
- ▶ Problematische gebruikers of personen die een groter risico lopen op problematisch alcoholgebruik vallen zowel in de gezondheidsenquête als in de leerlingenbevestigingen uit de boot.

Problemen door alcoholgebruik

Voor een minderheid van de bevolking kan alcoholconsumptie een problematisch karakter krijgen. Men staat er niet steeds bij stil maar niet enkel chronisch, dagelijks of excessief alcoholgebruik is verantwoordelijk voor problemen. In bepaalde situaties (bijvoorbeeld zwangerschap) of bij bepaalde gelegenheden (bijvoorbeeld tijdens een avondje stappen) veel drinken kan al zorgen voor allerlei sociale of gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld afwijkingen bij het kind, verkeersongevallen of agressie). In bepaalde settings (bijvoorbeeld arbeidssituatie) kan zelfs een geringe hoeveelheid al genoeg zijn om de veiligheid in het gedrang te brengen. Voor een kleine groep evolueert drinken tot chronisch gebruik en/of afhankelijkheid.

Om toch enige houvast te hebben, wordt vaak een richtlijn gehanteerd gebaseerd op het *aantal gedronken glazen*, gedifferentieerd naar sekse. Vrouwen drinken overmatig als ze per week meer dan 14 glazen drinken, mannen als ze de grens van 21 glazen per week overschrijden. In Nederland voegt het NIGZ daar als extra criteria aan toe dat vrouwen best nooit meer dan 3 glazen per gelegenheid drinken. Mannen dienen de maximumgrens van 5 glazen per gelegenheid te respecteren. Verder houdt men best 2 dagen per week alcoholvrij. Bij een grotere hoeveelheid loopt men het risico op gezondheids- en andere problemen.

Als we deze criteria toepassen op de resultaten van de nationale gezondheidsenquête van 2004 dan drinkt 12,8% van de mannen 22 of meer glazen alcohol per week, bij de vrouwen drinkt 5,4% 15 of meer glazen per week. Het percentage

zware drinkers in de bevolking, namelijk de personen die wekelijks 22 glazen of meer dronken, daalde in 2004 (7,3%) vergeleken met 2001 (8,2%).

Tussen de 378.843 en 568.265 personen drinken minstens 6 (mannen) of 4 (vrouwen) glazen alcohol per dag.

De ESEMeD studie maakt voor België een inschatting van het problematisch alcoholgebruik in de volwassen bevolking op basis van de *DSM-IV criteria*. Bij 1,8% van de Belgen boven de 18 jaar werd het laatste jaar een alcoholgerelateerde stoornis vastgesteld.

Op basis van het *CAGE-screeningsinstrument* zijn er in Vlaanderen 6% problematische alcoholgebruikers: 8% mannen en 3,5% vrouwen. Problematisch alcoholgebruik komt het meest voor bij de 45-54-jarigen maar ook bij jongens tussen 15 en 24 jaar.

Studenten vormen een aparte risicogroep om problemen te krijgen met alcoholgebruik. Uit onderzoek bij eerstejaarsstudenten van de K.U. Leuven blijkt de prevalentie van probleemdrinken gedaald te zijn van 14% in 1995 naar 10% in 2000.

Het ligt voor de hand dat de consumptie van alcohol de *gezondheid* negatief kan beïnvloeden. De hoeveelheid alcohol die men drinkt, de frequentie van drinken, de leeftijd en de sekse van de drinker zijn daarbij zeker mediërende factoren.

Aandoeningen die voor 100% aan alcoholgebruik zijn toe te schrijven zijn alcoholische psychose, alcoholafhankelijkheidssyndroom, alcoholmisbruik, alcoholische polyneuropathie, alcoholische cardiomyopathie, alcoholische gastritis, alcoholische levercirrose, bovenmatig alcoholgehalte in het bloed, ethanol- en methanolvergiftiging. In Vlaanderen schat men dat alcoholgebruik verantwoordelijk is voor meer dan 150.000 verloren levensjaren, die vooral verloren zijn door ziekte.

Alcoholgebruik kan ziekten ook in goede zin beïnvloeden. Zo beschermt matig alcoholgebruik tegen sommige vormen van hart- en vaatziekten, diabetes en de ontwikkeling van galstenen.

Het verband tussen alcoholgebruik en *mortaliteit* kan weergegeven worden in de vorm van een U-curve wat betekent dat niet-drinkers en zware drinkers een hoger mortaliteitsrisico hebben dan lichte drinkers.

In 2002 stierven in Vlaanderen 10,9 mannen per 100.000 inwoners en 4,2 vrouwen per 100.000 inwoners ten gevolge van alcohol. De alcoholgerelateerde sterfte piekt in de leeftijdsgroep 54-64 jaar. Tussen 1998 en 2002 nam het aantal overlijdens door alcoholgebruik in Vlaanderen met 3,4% af. Het grootste deel van de alcoholgerelateerde sterfte is het gevolg van alcoholische leverziekte. Zowel bij mannen

als vrouwen steeg het percentage overlijdens als gevolg van alcoholische leverziekte tussen 1995 en 2002.

De laatste jaren is er ook meer aandacht gekomen voor de *sociale problemen* waartoe alcoholgebruik aanleiding kan geven. Het gaat dan om agressie en geweld, de impact op het gezin en kinderen, werkgebonden problemen, ongevallen, misdrijven, ...

De impact op het *gezin en de kinderen* is zeer moeilijk te kwantificeren. We weten voor België niet hoeveel kinderen geboren worden met FAS of andere afwijkingen als gevolg van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap. Evenmin hebben we een zicht op de mate waarin alcoholgebruik een rol speelt bij kindermishandeling, kinderverwaarlozing of partnergeweld. Kinderen van ouders met een alcoholprobleem lopen bovendien een verhoogd risico om later zelf problematisch drinkgedrag te vertonen. Uit onderzoek in de hulpverlening in de provincie Antwerpen zien we dat 14% van de cliënten die in behandeling zijn voor het gebruik van alcohol of medicatie samenwoont met partner en kinderen en dat 5% enkel met kinderen samenleeft.

Alcoholgebruik heeft een invloed op *werkgebonden factoren*. Alcoholmisbruik kan de oorzaak zijn van werkloosheid maar anderzijds kan werkloosheid eveneens alcoholmisbruik in de hand werken. Er is een verband tussen inkomen en alcoholgebruik: volgens de ene studie stijgt het alcoholgebruik met het inkomen, volgens andere studies blijken zware drinkers toch minder te verdienen. De impact van alcoholgebruik op absenteïsme is eerder klein maar er is wel een sterk verband tussen alcoholgebruik en een verminderde productiviteit (te laat komen op het werk, vroeger het werk verlaten, lager arbeidsvolume, ...). Alcoholgebruik verhoogt het risico op arbeidsongevallen met 2 à 3%. In officiële statistieken blijft deze samenhang doorgaans verborgen. Bij gebrek aan onderzoek over alcoholgebruik in de Belgische beroepsbevolking beschikken we niet over cijfers over de impact van alcoholgebruik op het werk.

Er is een verband tussen alcoholgebruik en *agressie* maar uiteraard geldt dat niet voor ieder individu. De rol van alcohol in *geweldsmisdrijven* is al uitvoeriger aangetoond. Niet alleen daders maar ook slachtoffers hebben vaak alcohol gedronken op het moment van het misdrijf. Onderzoek in België bij huisartspatiënten die het slachtoffer waren van geweld vond dat in 23% van de gevallen bij de daders sprake was van alcoholgebruik, bij de slachtoffers in 7% van de gevallen. Uit de statistiek van de politierechtbank blijkt dat 19% van alle veroordelingen voor onopzettelijke slagen en verwondingen gepaard ging met alcoholintoxicatie of dronkenschap. Alcoholconsumptie en seksuele aanranding komen vaak samen voor maar voor België ontbreken hierover cijfers. Verschillende studies wijzen op een significant verband tussen alcoholgebruik en suïcidaal gedrag. 8% van de patiënten die in 5 Vlaamse PZ in behandeling waren voor een alcoholproblematiek ondernam de laatste maand een zelfmoordpoging.

Zowel het geconsumeerde volume als de drinkfrequentie houden verband met *ongevallen*. In de periode 1995-1996 was bij 23% van de ongevallen in de privésfeer alcohol en drugs een voorbeschikkende factor. In 2002 wordt middelenmisbruik bij 21% van de ongevallen in de privésfeer vastgesteld. In 9,3% is er sprake van chronisch of acuut alcoholgebruik.

Uit NIS-cijfers blijkt dat het aantal *verkeersongevallen* waarbij minstens 1 bestuurder klaarblijkelijk dronken is, tussen 1991 en 2001 met 10,7% afneemt. Het aantal ongevallen met licht gewonde slachtoffers steeg met 3%. Het aantal slachtoffers van ongevallen met minstens 1 dronken bestuurder daalt met 14,3% in de periode 1991-2001.

Op basis van de BIVV-cijfers moeten we besluiten dat het totaal aantal ongevallen waarbij sprake is van alcoholgebruik tussen 1991 en 2002 met 3% steeg. In 2002 is bij 9,2% van alle ongevallen sprake van alcoholgebruik, in 1991 was dat nog in 7,3% van de ongevallen. Het percentage dronken bestuurders is het sterkst toegenomen bij de 25-29-jarigen en bij de 40-49-jarigen.

In België is *rijden onder invloed* van alcohol strafbaar vanaf een alcoholgehalte van 0,5 pro mille. Er zijn enkel cijfers beschikbaar over de alcoholcontroles tijdens de eindejaarscampagne. Het aantal opgelegde ademtests tijdens de BOB-eindejaarscampagne steeg tussen 1995 en 2005 spectaculair. Het percentage positieve tests op het totaal daalde van 6,4% in 1995 tot 4,4% in 2005. Bij de meeste positieve tests bedraagt het alcoholgehalte 0,8 promille of meer.

In vergelijking met het jaar 2000 registreerden de politiediensten in 2004 5.435 meer *misdrijven* in verband met dronkenschap, alcohol en alcoholsluiterijen. Er werden in 2003 7,6% meer personen veroordeeld voor intoxicatie en dronkenschap in het verkeer. Het aantal veroordelingen op het niveau van de politierechtbanken voor openbare dronkenschap steeg tussen 1999 en 2004 met 13,8%.

Ten slotte is er het *kostenplaatje*: alcohol brengt geld op maar we moeten ook rekening houden met een aanzienlijke sociale kostprijs die in België op 6 miljard EUR wordt geschat. Het grootste deel van de sociale kost die alcoholgebruik met zich meebrengt wordt gedragen door de werkomgeving (36,5%). Op de tweede plaats komen de verkeersongevallen die 24% van de totale jaarlijkse kost vertegenwoordigen. De kosten voor productiviteitsverlies als gevolg van mortaliteit en morbiditeit samen zijn eveneens goed voor een kwart van de totale sociale kostprijs.

- ▶ Over drinkpatronen van Vlaamse studenten vinden we weinig data terug.
- ▶ De gegevens over ziekte en sterfte als gevolg van alcoholgebruik kampen met een onderschattingsprobleem.
- ▶ Cijfers om de sociale gevolgen van alcoholgebruik in te schatten zijn schaars. Het ontbreekt ons aan cijfers of onderzoeksmateriaal over kinderen van ouders met een alcoholprobleem, over alcoholgebruik op het werk en over de omvang van (huiselijk) geweld en agressie als gevolg van alcohol.

Hulpverlening bij problematisch alcoholgebruik

De hulpvraag is slechts in beperkte mate bruikbaar als indicator van problematisch alcoholgebruik. Heel wat mensen met alcoholproblemen komen niet of zeer laat in contact met de hulpverlening. Uit bevolkingsonderzoek blijkt dat slechts 16,5% van de personen met een alcoholgerelateerde stoornis hulp zoekt. Het profiel van cliënten in de hulpverlening geeft een hoge gemiddelde leeftijd aan met name tussen 30 en 60 jaar. Dit is een constante in de meeste hulpverleningsvormen. Mannen met problematisch alcoholgebruik zijn oververtegenwoordigd in de hulpverlening. In sommige hulpverleningsvormen vinden we tot 2 keer meer mannen dan vrouwen.

De *huisarts* is een belangrijk eerste contactpunt met de hulpverlening. In 1993 zouden Belgische huisartsen 10.169 behandelingen verricht hebben in verband met problematisch alcoholgebruik. Onderzoek uit 1999 toont aan dat bij 10% van de huisartspatienten een alcoholstoornis werd vastgesteld.

Bekeken tegenover het totale aantal cliënten in de CAW komt een afhankelijkheidsproblematiek niet zoveel voor: bij een vijfde van de cliënten (n= 724) met een afhankelijkheidsproblematiek wordt alcoholafhankelijkheid vastgesteld bij de aanmelding. Bij de effectief begeleide cliënten met een afhankelijkheidsproblematiek neemt het percentage met een afhankelijkheidsproblematiek van alcohol toe tot een kwart (n=624).

16% van de cliënten in begeleid zelfstandig wonen voor *thuislozen* kampt met een alcoholproblematiek.

In de CGG steeg het percentage aanmeldingen voor alcoholproblemen van 4,3% in 1995 tot 5,4% in 2002. In 1995 ging het om 1.949 cliënten, in 2002 om 2.894 cliënten. Tussen 2003 en 2004 daalde het aantal nieuw opgestarte zorgperiodes voor alcoholgerelateerde stoornissen verder tot 1.330 in 2004.

Analyses van 5 jaar *MPG-registratie* bij de PZ, PAAZ, PVT en IBW (periode 1999-2003) laten weinig verschillen zien in het aantal opgenomen cliënten met als diagnose alcoholgerelateerde stoornissen: het aantal schommelt elk jaar rond de 22.000 patiënten. Het aandeel mannen daalde met 2%, het aandeel vrouwen nam met 2% toe. Tussen 2000 en 2003 neemt het percentage oudere cliënten (50-69 jaar) met een alcoholgerelateerde stoornis toe.

Het aandeel *gedwongen opnamen* voor alcoholmisbruik daalt in de periode 2000-2004 in Oost-Vlaanderen van 26,7% (n=106) naar 21,1% (n=108). Ook in Limburg waren er in 2003 minder gedwongen opnamen omwille van een alcoholproblematiek dan in 2000. In Vlaams-Brabant merken we een stagnering na een terugval in 2002.

- ▶ Er zijn weinig registratiesystemen die toelaten duidelijke trends in de hulpvraag of het zorggebruik af te leiden voor de hele periode 1994-2004. Aangezien de hulpverlening aan patiënten met alcoholproblemen in verschillende hulpverleningssettings plaatsvindt, moeten we voor cijfergegevens een beroep doen op data uit verschillende registratiesystemen. Deze registratiesystemen zijn helaas niet onderling vergelijkbaar. De classificatie van alcoholproblemen gebeurt niet uniform. De registratie bij de aanmelding vertrekt doorgaans van wat de patiënt zelf aangeeft als voornaamste problematiek. Daarnaast is het ook gebruikelijk dat de diagnose die de hulpverlener vaststelt (bijvoorbeeld op basis van DSM-IV) in het registratiesysteem terechtkomt. Soms wordt er ook gescoord op voornaamste gebruikt product. Zelfs binnen eenzelfde hulpverleningsvorm verandert de manier van registreren regelmatig in de tijd waardoor ook hier de vergelijkbaarheid op lange termijn verloren gaat en er moeilijk trends kunnen vastgesteld worden.
- ▶ We kunnen de registratiedata uit de hulpverlening enkel naast elkaar bespreken met aandacht voor de eigenheid van elk registratiesysteem. Zeer verdienen zijn de onderzoeksopdrachten op provinciaal niveau waar men alle hulpverleningsdata in verband met middelengebruik – zowel legale als illegale middelen – probeert samen te brengen, waardoor men op lokaal niveau wel een totaalbeeld krijgt van de alcoholproblematiek bij de patiënten.

- ▶ Uit de cijfers blijkt dat heel wat problematische alcoholgebruikers geen beroep doen op hulpverlening. Waarom niet? Dat is een vraag die we op basis van de beschikbare data en onderzoeksgegevens niet kunnen beantwoorden.

BIJLAGE I: AFKORTINGENLIJST

AA	Anonieme Alcoholisten
AAF	Alcohol Attributable Fractions
ASO	Algemeen secundair onderwijs
AZ	Algemeen Ziekenhuis
BAC	Bloed Alcohol Concentratie
BFWG	Belgische Federatie van Wijn en Gedistilleerd
BIVV	Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid
BNP	Bruto Nationaal Product
BSO	Beroepssecundair onderwijs
CAW	Centrum Algemeen Welzijnswerk
CGG	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
CIC	Crisis Interventie Centra
CIDI	Composite International Diagnositic Interview
DALY	Disability Adjusted Life Years
DOS	Drugbeleid Op School
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EORG	European Opinion Research Group
ESEMeD	European Study on Epidemiology of Mental Disorders
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
EU	Europese Unie
FAS	Foetaal Alcohol Syndroom
FOD	Federale Overheidsdienst
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children
HIVA	Hoger instituut voor de arbeid
IAS	Institute of Alcohol Studies
IBW	Initiatieven Beschut Wonen
ICAP	International Center for Alcohol Policies
ICD	International Classification of Diseases
JAC	Jongeren Advies Centrum
JPHP	Journal of Public Health Policy
MKG	Minimale Klinische Gegevens
MPG	Minimale Psychiatrische Gegevens
MSOC	Medisch Sociale Opvangcentra
NBB	Nationale Bank van België
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie

NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
NIS	Nationaal Instituut voor de Statistiek
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
OIVO	Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties
PAAZ	Psychiatrische Afdeling van Algemeen Ziekenhuis
PCS	Politionele criminaliteitsstatistieken
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
PVT	Psychiatrische Verzorgingstehuizen
PZ	Psychiatrische Ziekenhuizen
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
RSZ	Rijksdienst voor Sociale Zekerheid
SAW	Steunpunt Algemeen Welzijnswerk
STIVA	Stichting Verantwoord Alcoholgebruik
SHW	Straathoekwerk
STAP	Stichting Alcoholpreventie
TAG	The Amsterdam Group
TG	Therapeutische gemeenschap
TSO	Technisch secundair onderwijs
TzG	Televisie zonder Grenzen
UAL	Uitgeademde alveolaire lucht
VAD	Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
VRM	Vlaamse Registratie Middelengebruik
VVBV	Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg
VVGG	Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid
VVKP	Vlaamse Vereniging voor Klinisch Psychologen
VVPP	Vlaamse Vereniging van Psychiaters-Psychotherapeuten
WHO	World Health Organization (Wereldgezondheidsorganisatie)
WIV	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
YLD	Years Lived in Disability
YLL	Years of Life Lost

Bijlage 2: METHODOLOGISCHE ACHTERGROND BIJ DE GEBRUIKTE BRONNEN

Alcohol en alcoholische dranken

Doelstelling	Evalueren van de alcoholconsumptie bij jongeren van 10-17 jaar
Uitleg	Er worden vragen gesteld over de perceptie van alcohol, de perceptie van de alcoholgebruiker, de alcoholconsumptie, het effect van alcohol, inlichten en instemming van de ouders, alcoholconsumptie in de vriendenkring, van broers en zussen en ouders.
Jaar	2005
Studiepopulatie	Schoolgaande jongeren van 10-17 jaar
Regio	België
Steekproefgrootte	2.196 interviews bij jongeren van 10-17 jaar
Respons rate	
Instrument	Interviews
Referenties	Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisatie (OIVO) (2005). <i>Alcohol en alcoholische dranken</i> . Brussel: OIVO.
Internet	http://www.oivo-crioc.org/nl/

Alcoholgebruik en -misbruik naar leeftijd in België

Doelstelling	In kaart brengen van de omvang van het alcoholgebruik en -misbruik in België met specifieke aandacht voor het leeftijdsprofiel
Uitleg	In dit onderzoek wordt berekend hoe hoog het alcoholgebruik en -misbruik is in België met specifieke aandacht voor het leeftijdsprofiel. Daarvoor worden de data van de gezondheidsenquête en de huishoudbudgetenquête naast elkaar gelegd.
Jaar	Analyse op basis van de huishoudbudgetenquêtes van 1978-2000 en de gezondheidsenquête van 2001
Studiepopulatie	Belgische bevolking
Regio	België
Steekproefgrootte	
Respons rate	
Instrument	Secundaire analyse van bestaande databanken
Referenties	Cattaert, G. & Pacolet, J. (2004). <i>Alcoholgebruik en -misbruik naar leeftijd in België. Analyse op basis van de gezondheidsenquête en het huishoudbudgetonderzoek</i> . Leuven/Brussel: HIVA/VAD.
Internet	

Begeleid wonen. Van appendix naar ruggengraat in de thuislozenzorg?	
Doelstelling	Zicht krijgen op het bestaande aanbod en de instroombehoefte in het begeleid wonen
Uitleg	Deze behoeftepeiling van het SAW brengt het bestaande aanbod en de geplande reconversies in kaart via een nulmeting. Het bestaande aanbod aan begeleid wonen wordt doorgelicht en de instroombehoefte vanuit opvangcentra naar begeleid wonen wordt bevraagd. Via 10 <i>case studies</i> wordt tevens een kwalitatieve behoeftepeiling verricht bij kandidaat-bewoners.
Jaar	2000
Studiepopulatie	Het onderzoek richt zich op alle vormen van begeleid (zelfstandig) wonen, beschut wonen, pensionwonen, studiowonen, ..., weliswaar beperkt tot de sector van het algemeen welzijnswerk en initiatieven voor de opvang van thuislozen.
Regio	Vlaanderen
Steekproefgrootte	
Respons rate	
Instrument	
Referenties	Lescrauwaet, D. (2001). <i>Begeleid wonen. Van appendix naar ruggengraat in de thuislozenzorg? Resultaten van een behoeftepeiling in het autonoom algemeen welzijnswerk</i> . Berchem: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.
Internet	

Bevraging van Vlaamse leerlingen in het kader van een Drugbeleid Op school	
Doelstelling	In de eerste plaats is de bevraging bedoeld om op schoolniveau het drugbeleid op school onder de aandacht te houden en de scholen te ondersteunen bij de evaluatie van hun drugbeleid. Op Vlaams niveau krijgt men door deze resultaten een zicht op het gebruik en de attitudes van jongeren ten aanzien van genotmiddelen, de beleving van jongeren over het gevoerde drugbeleid op school enzovoort.
Uitleg	De VAD-leerlingenbevraging is een middel om de discussie over jongeren en middelengebruik en hoe de school hiertegenover staat gemakkelijker te maken. Deze enquête heeft het niet enkel over druggebruik en frequentie van gebruik. Er wordt ook gepeild naar de sfeer op school en in de klas, de vrijetijdsbesteding van de leerlingen en de invloed van ouders en vrienden.
Jaar	Het onderzoek loopt over 7 schooljaren sinds januari 1999.
Studiepopulatie	Representatieve steekproef van leerlingen uit het Vlaams secundair onderwijs (eerste tot en met zesde jaar algemeen secundair onderwijs (ASO), technisch secundair onderwijs (TSO) en beroepssecundair onderwijs (BSO).
Regio	Vlaanderen
Steekproefgrootte	Over de 7 schooljaren heen hebben ondertussen al 564 scholen aan de bevraging deelgenomen met in totaal 285.632 leerlingen. Tijdens het schooljaar 2004-2005 vulden 32.103 leerlingen, uit 70 secundaire scholen, de vragenlijst in. Uit deze populatie werd een steekproef genomen van 1.500 leerlingen die representatief is voor leerlingen uit het Vlaams secundair onderwijs (eerste tot en met zesde jaar ASO, TSO en BSO).
Respons rate	93,2%
Instrument	Gestructureerde schriftelijke vragenlijst
Referenties	Kinable, H. (2005). <i>Bevraging van Vlaamse leerlingen in het kader van een Drugbeleid Op School. Syntheserapport schooljaar 2004-2005</i> . Brussel: VAD.
Internet	www.vad.be

Bierbarometer

Doelstelling	De enquête ging na wie bij welke gelegenheden welke drank drinkt, wat de mening is over de gezondheidseffecten van bier drinken en wat men vindt van preventie en reclame.
Uitleg	76% van de respondenten zijn mannen. De leeftijd varieert tussen 16 en 75 jaar. 47% heeft een bureaujob, 26% is handenarbeider, 11% is student, 7% is gepensioneerd, 6% heeft geen beroep en 3% is werkloos. 48% heeft een opleiding secundair onderwijs achter de rug, 32% een niet-universitaire opleiding, 13% een universitaire opleiding en 6% heeft enkel een opleiding basisonderwijs.
Jaar	De internetenquête kon ingevuld worden tussen 3 en 18 mei 2005.
Studiepopulatie	Belgische bevolking
Regio	België
Steekproefgrootte	5.620 respondenten ouder dan 16 jaar participeerden aan de enquête.
Respons rate	
Instrument	Gestructureerde schriftelijke vragenlijst in te vullen via de websites van Het Laatste Nieuws, La Dernière Heure en La Libre Belgique
Referenties	Beer & Society Information Centre (2005). <i>Persdossier. Bierbarometer peilt naar de mening van Belgen over bier</i> . Sint-Stevens-Woluwe: Beer & Society Information Centre.
Internet	http://www.beerparadise.be/

Cannabis in Vlaanderen. Patronen van cannabisgebruik bij ervaren gebruikers	
Doelstelling	Inzicht verwerven in alle mogelijke gebruikspatronen van cannabis in Vlaanderen. Inzicht verwerven in positieve en negatieve effecten van cannabisgebruik, de voor- en nadelen van het gebruik, het kopen van cannabis, het stoppen of minderen met gebruik, gebruiksregels en dit vanuit het perspectief van de gebruiker.
Uitleg	Het design van dit onderzoek is gebaseerd op een onderzoek van Peter Cohen over de patronen van gebruik van ervaren cannabisgebruikers in Amsterdam, San Francisco en Bremen.
Jaar	1 januari 2002 - 15 juni 2003
Studiepopulatie	Het gaat om ervaren cannabisgebruikers. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 24,6 jaar. Meer dan de helft is tussen 21 en 25 jaar. 69% zijn mannen en 31% zijn vrouwen. 78% van de steekproef volgt een universitaire of niet-universitaire opleiding of heeft die voltooid. 49% van de steekproef bestaat uit studenten en 40% is beroepsactief.
Regio	Vlaanderen
Steekproefgrootte	De steekproef voor dit onderzoek werd samengesteld door gebruik te maken van ' <i>Privileged acces interviewers</i> '. Er werden mensen gerecruiteerd die in hun eigen omgeving ervaren cannabisgebruikers interviewden. In een tweede fase werd ook de techniek van de sneeuwbalsteekproef gebruikt: aan de geïnterviewden werd gevraagd of zij andere personen kenden die voldeden aan de kenmerken om deel te nemen aan het onderzoek. De respondenten moeten al ten minste 25 keer cannabis gebruikt hebben en ten minste 18 jaar zijn. Zo werden 369 ervaren cannabisgebruikers geïnterviewd. De steekproef is niet representatief voor de Vlaamse cannabisgebruikers. Studenten zijn oververtegenwoordigd, etnische minderheden zijn ondervertegenwoordigd.
Respons rate	
Instrument	Semigestructureerde vragenlijst
Referenties	Decorte, T., Muys, M. en Slock, S. (2003). Cannabis in Vlaanderen. Patronen van cannabisgebruik bij ervaren gebruikers. <i>ISO-reeks n°1</i> . Leuven: Acco.
Internet	http://www.law.ugent.be/crim/ISD/

De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening

Doelstelling	De specifieke onderzoeksvragen die werden gesteld zijn: Hoeveel personen vallen uit in het proces van aanmelding tot de start van een behandeling? Wat zijn de kenmerken van de personen die een vraag naar behandeling stellen? Hoeveel cliënten zijn draaideurcliënten (doen binnen een korte periode een behandelingsaanvraag in verschillende voorzieningen) en wat zijn hun kenmerken?
Uitleg	Het onderzoek bevat 2 registratieperiodes: - van februari tot september 1999 werden alle nieuwe aanmeldingen geregistreerd; - in de periode oktober 1999 tot mei 2000 werden enkel de effectieve intakes geregistreerd. Er werden administratieve gegevens geregistreerd, gegevens over de aanmelding of de afspraak, sociodemografische gegevens, gegevens over druggebruik en over de afloop van de aanmelding of de afspraak.
Jaar	Februari 1999 en mei 2000
Studiepopulatie	Alle aanmeldingen en intakes inzake gebruik en afhankelijkheid van illegale drugs in 11 voorzieningen met een specifiek hulpverleningsaanbod voor druggebruikers in de regio Gent-Aalst-Lokeren; het gaat om de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), Psychiatrische Ziekenhuizen (PZ), ambulante centra, dagcentra, residentiële centra en stedelijke onthaalcentra.
Regio	Oost-Vlaanderen: regio Gent - Aalst - Lokeren
Steekproefgrootte	Alle aanmeldingen en intakes inzake gebruik en afhankelijkheid van illegale drugs in 11 voorzieningen met een specifiek hulpverleningsaanbod voor druggebruikers in de regio Gent-Aalst-Lokeren
Respons rate	Tijdens de eerste registratieperiode werden 2.326 aanmeldingen geregistreerd in de 11 deelnemende voorzieningen. Tijdens de tweede registratieperiode werden 1.647 intakes geregistreerd.
Instrument	De gegevens werden in de voorziening geregistreerd door de betrokken hulpverlener op een eenvormig registratieformulier dat voor dit onderzoek werd ontwikkeld.
Referenties	Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001). <i>De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening. Registratie van aanmeldingen en intakes tussen februari 1999 en mei 2000</i> . Gent: Universiteit Gent, Gent: Provincie Oost-Vlaanderen, Drongen: PopovGGZ.
Internet	http://ortserve.ugent.be/indexnl.php

De Oost-Vlaamse drughulpverlening in cijfers

Doelstelling	Zicht krijgen op de kenmerken van personen in behandeling of personen die een vraag stellen naar behandeling.
Uitleg	Het onderzoek bestond uit 4 fasen waarvoor telkens een ander registratieformulier werd gebruikt: - de opstartregistratie: registratie van alle personen die op 3 december 2001 residentieel opgenomen waren en van alle personen die ambulante in behandeling waren en tussen 3 en 9 december een begeleidingsgesprek hadden. - de instroomregistratie: registratie van alle cliënten die tussen 3 december 2001 en 31 mei 2002 op intakegesprek zijn geweest. - de doorstroomregistratie (enkel in ambulante voorzieningen): elke cliënt die voor 31 mei 2002 werd doorverwezen naar een andere voorziening maar die gelijktijdig of achteraf in behandeling bleef bij het ambulante centrum, werd geregistreerd. - de uitstroomregistratie: de uitstroom werd geregistreerd tussen 3 december 2001 en 30 november 2002.
Jaar	3 december 2001- 30 november 2002.
Studiepopulatie	Het onderzoek beperkt zich tot personen met problemen met illegale drugs. Huisartsen, spoedafdelingen van Algemene Ziekenhuizen (AZ) en sociale werkplaatsen werden niet in het onderzoek betrokken.
Regio	Provincie Oost-Vlaanderen
Steekproefgrootte	Aan het onderzoek participeerden nagenoeg alle voorzieningen uit de provincie Oost-Vlaanderen (18) die zich specifiek richten op de behandeling van personen met illegaledrugproblemen: 7 ambulante centra voor psychosociale opvang, 2 MSOC, 2 residentiële centra voor kortdurende opvang en 7 residentiële centra voor langdurige opvang.
Respons rate	Aan het onderzoek participeerden nagenoeg alle voorzieningen uit de provincie Oost-Vlaanderen (18) die zich specifiek richten op de behandeling van personen met illegaledrugproblemen.
Instrument	Registratieformulier
Referenties	Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Lievens, K. & Broekaert, E. (2003). <i>De Oost-Vlaamse drughulpverlening in cijfers: kenmerken, zorggebruik en uitstroom van personen in behandeling</i> . Gent: Universiteit Gent, Gent: Provincie Oost-Vlaanderen, Drongen: PopovGGZ.
Internet	http://ortserve.ugent.be/indexnl.php

Een follow-up-studie bij cocaïne- en crackgebruikers

Doelstelling	De belangrijkste doelstelling van deze follow-up-studie is het bestuderen van de ontwikkeling van gebruikspatronen bij de oorspronkelijke respondenten sinds ze eind 1996 of begin 1997 werden bevraagd. In 2002-2003 hebben de respondenten gemiddeld 11 jaar cocaïne gebruikt. De studie is dus longitudinaal van aard.
Uitleg	Het onderzoek wil nagaan of een deel van de respondenten uit de oorspronkelijke studie problematische gebruikspatronen hebben ontwikkeld, en zo ja, welke problemen ondertussen werden ervaren en in welke proportie van de steekproef.
Jaar	De interviews vonden plaats tussen september 2002 en oktober 2003.
Studiepopulatie	Cocaïne- en crackgebruikers in Antwerpen
Regio	Antwerpen
Steekproefgrootte	77 cocaïnegebruikers die participeerden aan het onderzoek van 1997
Respons rate	69,4% van de originele steekproef kon opnieuw geïnterviewd worden.
Instrument	Elke respondent werd bevraagd met dezelfde semigestructureerde vragenlijst als in de oorspronkelijke studie, die slechts op enkele punten werd gewijzigd.
Referenties	Decorte, T. & Slock, S. (2005). <i>The taming of cocaine II. A 6 year follow-up study of 77 cocaine and crack users</i> . Brussel: VUB Brussels University Press.
Internet	

Eurobarometer. Health, Food and Alcohol and Safety

Doelstelling	In kaart brengen van chronische ziekte, langetermijnbehandelingen, tandverzorging, gezondheidszorg (doktersbezoek, ...), veiligheid en veiligheid van kinderen.
Uitleg	Sinds begin jaren zeventig laat de Europese Commissie 2 keer per jaar een standaard Eurobarometerstudie uitvoeren in alle lidstaten van de Europese Unie (EU). Daarnaast worden geregeld studies gedaan over specifieke onderwerpen of binnen specifieke groepen (bijvoorbeeld jongeren, ouderen). Sinds eind jaren tachtig worden er ook kleinschalige Flash-studies gedaan waarbij niet noodzakelijk altijd alle lidstaten betrokken zijn.
Jaar	Het onderzoek vond plaats tussen 15 januari 2003 tot 19 februari 2003.
Studiepopulatie	Bevolking van 15 jaar en ouder in de EU
Regio	15 lidstaten van de EU, waaronder België
Steekproefgrootte	In België werden 1.073 personen boven de 15 jaar bevraagd. In de hele EU werden 16.370 interviews afgenomen.
Respons rate	
Instrument	Face-to-face-interview met gestructureerde vragenlijst
Referenties	European Opinion Research Group (EORG) (2003). <i>Health, Food and Alcohol and Safety. Special Eurobarometer 186 wave 59.0</i> . Luxemburg: European Commission.
Internet	http://europa.eu.int/comm/public_opinion/index_en.htm

European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD-studie)	
Doelstelling	Vergelijkbare data verzamelen over middelengebruik door leerlingen voor zoveel mogelijke Europese landen. Op lange termijn is het doel trends in middelengebruik vast te stellen en tussen landen te vergelijken.
Uitleg	Het eerste ESPAD-onderzoek vond plaats in 1995 in 26 Europese landen, het tweede in 1999 in 30 Europese landen. In 2003 doet België voor het eerst mee. Het Belgische luik van het ESPAD-onderzoek wordt uitgevoerd door de vakgroep ontwikkelings- en levenslooppsychologie van de Vrije Universiteit Brussel en de Ecole de Santé Publique van de Université Libre de Belgique. De gegevensverzameling gebeurt om de 4 jaar in scholen.
Jaar	De data voor België werden in de periode maart tot mei van 2003 verzameld.
Studiepopulatie	Jongeren die in 2003 16 jaar werden
Regio	Europa (35 Europese landen); voor België werd een representatief staal van de Belgische leerlingen bevraagd.
Steekproefgrootte	Voor België werden 2.320 leerlingen geboren in 1987 bevraagd, een representatief staal van deze leeftijdscohort, naar regio en onderwijsnet. De gemiddelde leeftijd is 15,8 jaar.
Respons rate	
Instrument	Gestandaardiseerde methodologie in alle landen; gestructureerde schriftelijke vragenlijst
Referenties	Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. & Morgan, M. (2004). <i>The ESPAD Report 2003. Alcohol and other Drug use among students in 35 European Countries</i> . Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, The Pompidou group at the Council of Europe.
Internet	http://www.espad.org/findings.html

European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)

Doelstelling	In kaart brengen van de prevalentie van mentale stoornissen in 6 Europese landen.
Uitleg	De studie beschrijft niet alleen de prevalentie van mentale stoornissen, maar ook het zorggebruik. Er wordt nagegaan hoeveel personen een professionele hulpverlener raadplegen voor mentale problemen, wie ze dan raadplegen, welke behandeling ze krijgen en welke factoren samenhangen met het al dan niet raadplegen van een professionele hulpverlener. Er werden ongeveer evenveel mannen als vrouwen bevraagd. De grootste groep respondenten was tussen 35 en 49 jaar. 57% is gehuwd of samenwonend. 27% is alleenstaand. 77% woont in een kleine of middelgrote stad. 53% heeft een betaalde job. Het grootste deel van de steekproef heeft 13 jaar of meer onderwijs genoten.
Jaar	In België liep het onderzoek van april 2001-juni 2002.
Studiepopulatie	Niet-geïstitutionaliseerde bevolking boven de 18 jaar
Regio	Europa: 6 Europese landen, namelijk België, Nederland, Frankrijk, Duitsland, Italië en Spanje
Steekproefgrootte	Er werden 22.000 respondenten bevraagd in België, Nederland, Frankrijk, Duitsland, Italië en Spanje. In België werden 2.419 personen (18-plussers) geïnterviewd in een representatief staal van de Belgische niet-geïstitutionaliseerde bevolking.
Respons rate	50,7%
Instrument	De aanwezigheid van mentale stoornissen werd nagegaan op basis van de DSM-IV-criteria. Zowel de lifetimeprevalentie als de laatstejaarsprevalentie werd nagegaan. Het gaat om de prevalentie van stemmingsstoornissen, angststoornissen en alcoholgerelateerde stoornissen (alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid). De interviews gebeurden met het 'Composite International Diagnostic Interview' (CIDI-2000)
Referenties	Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S. & Demyttenaere, K. (2004a). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). <i>Tijdschrift voor Geneeskunde</i>, 60, 2, 75-85. Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S. & Demyttenaere, K. (2004b). Zorggebruik voor mentale stoornissen in België. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). <i>Tijdschrift voor Geneeskunde</i>, 60, 11, 790-799.
Internet	

Evaluatie van de behandeling van alcoholafhankelijkheid in een aantal psychiatrische ziekenhuizen

Doelstelling	Doelstelling van dit onderzoek was om het alcohol- en medicatiegebruik van opgenomen patiënten in kaart te brengen, te peilen naar de effecten van het volgen van een residentieel behandelingsprogramma en na te gaan welke factoren abstinentie bevorderen. Bijkomende doelstellingen waren, onder meer, de onderlinge vergelijking van de bereikte doelgroep in de verschillende deelnemende voorzieningen, zicht krijgen op terugval- en hervalpercentages na behandeling en de identificatie van factoren die samenhangen met alcoholgebruik, abstinentie en herval.
Uitleg	Het is de bedoeling om tijdens de onderzoeksperiode op elk van de betrokken afdelingen 50 patiënten te bevragen en deze patiënten 6 maanden na afloop van de behandeling opnieuw te interviewen.
Jaar	1 december 2003 - 31 juli 2004
Studiepopulatie	Alle patiënten die in de onderzoeksperiode het initiële ontwenningprogramma op de behandelafdelingen van de deelnemende Psychiatrische Ziekenhuizen (PZ) doorliepen (± 3 weken) en hun geïnformeerde toestemming voor deelname aan het onderzoek gaven.
Regio	Vlaanderen
Steekproefgrootte	5 Vlaamse PZ: PZ Heilige Familie (afdeling De Vlonder) in Kortrijk, kliniek Sint-Jozef, centrum voor psychiatrie en psychotherapie (ontwenningsskliniek) in Pittem, psychiatrisch centrum Bethanië (afdeling Rozebottel) in Zoersel, PZ Sint-Camillus (afdeling Kasteel 1) in Sint-Denijs-Westrem, ziekenhuisnetwerk Antwerpen (PZ Stuivenberg, afdeling X3) in Antwerpen.
Respons rate	Het onderzoek is gebaseerd op gegevens over 249 patiënten.
Instrument	De gebruikte vragenlijst, namelijk de <i>'Alcohol Relapse Questionnaire (ARQ)'</i> , bestond uit de leefgebieden 'alcoholgebruik' en 'psychische en emotionele klachten' van de Europese versie van de <i>'Addiction Severity Index (EuropASI)'</i> . Daarnaast bevatte ze een aantal vragen met betrekking tot bijvoorbeeld de leef-, werk- en familiale situatie, dag- en vrijetijdsbesteding, belangrijke steunfiguren en persoonlijk welbevinden. De vragenlijst werd afgenomen in een gestructureerd interview.
Referenties	Vanderplasschen, W., Lobbens, P., Messely, J., Meul, J., Seynaeve, P., Vermeiren, D. & Colpaert, C. (2005). <i>Evaluatie van de behandeling van alcoholafhankelijkheid in een aantal psychiatrische ziekenhuizen: ontwikkeling van een instrument en procedure</i> . Gent: Universiteit Gent-vakgroep orthopedagogiek.
Internet	http://ortserve.ugent.be/indexnl.php

Gedeelde cliënten, gedeelde zorg?! De alcohol- en drughulpverlening in de provincie Antwerpen in kaart

Doelstelling	Aanleveren van objectieve en vergelijkbare gegevens over het aantal cliënten in de alcohol- en drughulpverlening in de provincie Antwerpen, maar ook over hun karakteristieken en de manier waarop ze gebruik maken van de zorg; uiteindelijk is het de bedoeling dat deze gegevens kunnen aangewend worden om veranderingsprocessen en het overleg tussen voorzieningen binnen de alcohol- en drughulpverlening te ondersteunen.
Uitleg	Tijdens de opstart- en instroomfase werden volgende gegevens verzameld: administratieve en sociodemografische gegevens, informatie over de behandelingsgeschiedenis, productspecifieke informatie en informatie over het intakegesprek (instroom) of de reeds gestarte behandeling (opstart). Om unieke en gedeelde cliënten tussen voorzieningen te kunnen traceren, werd gebruik gemaakt van een identificatiecode. Voor elke cliënt die tijdens de opstartfase of de instroomfase werd geregistreerd (en bij wie het intakegesprek leidde tot de start van een begeleiding/behandeling), diende tevens een aantal uitstroomgegevens te worden bijgehouden (bijvoorbeeld afloop van de behandeling, gevolgde zorgmodules; ...). Om de eenvormigheid inzake registreren te verhogen werd een handleiding opgesteld en werden vormingsmomenten georganiseerd.
Jaar	De registratieperiode liep van 1 maart 2004 tot en met 28 februari 2005.
Studiepopulatie	Elke voorziening in de provincie Antwerpen met een zorgaanbod voor mensen met problemen als gevolg van het gebruik van alcohol, medicatie of illegale drugs werd gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Concreet betekent dit: Psychiatrische Ziekenhuizen (PZ), Psychiatrische Afdeling van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ), Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW- en centra met een RIZIV-conventie (Crisisinterventiecentra (CIC), Medische Sociale Opvangcentra (MSOC) en dagcentra).
Regio	Provincie Antwerpen
Steekproefgrootte	In totaal participeerden 25 voorzieningen aan het onderzoek.

Respons rate	Tijdens de opstartfase werd een doorsnede genomen van de cliëntenpopulaties van de verschillende centra en werden alle cliënten geregistreerd die in de eerste week van maart 2004 in begeleiding waren. Tijdens de instroomfase werden alle cliënten geregistreerd die tussen maart en augustus 2004 een vraag naar behandeling stelden in 1 van de deelnemende voorzieningen. Tijdens de uitstroomfase tenslotte werd voor alle cliënten bij wie het intakegesprek had geleid tot de start van een behandeling, bijgehouden op welke manier deze werd afgerond.
Instrument	De gegevens werden verzameld aan de hand van een speciaal voor dit onderzoek ontworpen registratieformulier.
Referenties	Colpaert, K., Vanderplasschen, W., Van Hal, G., Broekaert, E. (2005). <i>Gedeelde cliënten gedeelde zorg?! De alcohol- en drughulpverlening in de provincie Antwerpen in kaart</i> . Gent: Universiteit Gent.
Internet	http://ortserve.ugent.be/indexnl.php

Gezondheidsenquête door middel van interview

Doelstelling	Het doel van de gezondheidsenquête is de gezondheid van de Belgische bevolking beschrijven.
Uitleg	Via de vragenlijst op het niveau van het huishouden worden inlichtingen ingewonnen over de sociodemografische en de socio-economische kenmerken van het huishouden. De onderwerpen die in de individuele mondelinge vragenlijst aan bod komen zijn: ziekte en chronische aandoeningen; acute aandoeningen; ongevallen; lichaamsbeweging; kortdurende aandoeningen; langdurige aandoeningen; contacten met huisarts, specialist, spoedgevallendienst, tandarts en andere gezondheidszorgvoorzieningen; opname in een ziekenhuis; gebruik van geneesmiddelen; vaccinatie; voeding; gezondheid moeder-kind; studies; tewerkstelling; individueel inkomen. De vragen in de schriftelijke vragenlijst gaan over: gezondheidsbeleving; ziektebeeld; klachten; houding tegenover AIDS; sociale contacten; consumptie van tabak, alcohol en andere genotsmiddelen; voeding; lichaamsbeweging; ongevallen; gemoedstoestand; patiënttevredenheid; preventie; gezondheid en seksualiteit; opsporing van kanker.
Jaar	De eerste gezondheidsenquête vond plaats in 1997, de tweede werd in 2001 georganiseerd en de derde in 2004.
Studiepopulatie	Alle inwoners van België van 15 jaar en ouder
Regio	België
Steekproefgrootte	In 2004 werden 12.945 personen geënkquêteerd uit 6.530 huishoudens.
Respons rate	Participatiegraad van de huishoudens is 61,4%.
Instrument	Gestructureerde schriftelijke en mondelinge vragenlijst; de vragenlijst bestaat uit 3 delen: een vragenlijst op het niveau van het huishouden, een individuele mondelinge vragenlijst en een individuele schriftelijke vragenlijst in te vullen door de geselecteerde personen die 15 jaar of ouder zijn.
Referenties	Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P.J., Tafforeau, J. & Van Der Heyden, J. (2006). <i>Gezondheidsenquête België 2004. Boek III Leefstijl. Gebruik van alcohol</i> . IPH/EPI Reports nr. 2006 – 035. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling epidemiologie.
Internet	http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/index4.htm

Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC-studie)

Doelstelling	Het doel van de studie is meer inzicht te krijgen in gezondheidsgerelateerde attitudes en gedragingen van jongeren en de omgeving waarin zij zich ontwikkelen.
Uitleg	Het onderzoek 'Jongeren en gezondheid' maakt deel uit van het onderzoek 'Health Behaviour in School-aged Children' van de World Health Organization (WHO). De enquête peilt naar diverse aspecten van het leven van de schoolgaande jeugd die het gezondheidsgedrag kunnen beïnvloeden. Alcoholgebruik is daar 1 van. De HBSC-vragenlijst bevat vragen over de frequentie van alcoholgebruik, de lifetimeprevalentie van dronkenschap, de leeftijd waarop men voor het eerst alcohol dronk en de leeftijd waarop men voor het eerst dronken was. Wanneer onderwijstypes worden vergeleken worden enkel de leerlingen uit de tweede en de derde graad secundair onderwijs in rekening gebracht en werden de leerlingen van het kunstsecundair onderwijs (KSO) bij de leerlingen van het technisch secundair onderwijs (TSO) gevoegd.
Jaar	Het onderzoek werd al 6 keer in Vlaanderen herhaald: 1990, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002.
Studiepopulatie	Representatieve steekproef van de 11-, 13-, 15-, en 17-jarige schoolgaande bevolking
Regio	Vlaanderen
Steekproefgrootte	In 2002 namen 16.560 leerlingen deel aan de studie.
Respons rate	55% op schoolniveau
Instrument	Gestructureerde schriftelijke vragenlijst
Referenties	Vereecken, C. & Maes, L. (2002). <i>Voorlopig rapport jongeren en gezondheid 1990-2002</i> . Gent: Universiteit Gent.
Internet	http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be

Huisartsenpeilpraktijken

Doelstelling	Het belang bepalen van een aantal gezondheidsproblemen in de algemene populatie, in termen van incidentie, en er de belangrijkste epidemiologische kenmerken van bestuderen, het continu opvolgen van sommige gezondheidsproblemen over verschillende jaren, het bestuderen van de aanpak en opvolging van een aantal gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk.
Uitleg	Het netwerk van huisartsenpeilpraktijken is een surveillance-systeem voor gezondheidsproblemen die aan bod komen in de huisartsgeneeskunde.
Jaar	Loopt sinds 1979 met jaarlijks wisselende thema's
Studiepopulatie	Belgische huisartspatiënten
Regio	België
Steekproefgrootte	De vrijwillig deelnemende huisartsen (een 155-tal) zijn zo representatief mogelijk voor de Belgische huisartsen wat leeftijds- en geslachtsverdeling betreft en ze zijn homogeen over het ganse land verspreid.
Respons rate	
Instrument	De registratie gebeurt continu, aan de hand van wekelijkse formulieren. Elk registratieprogramma, met een duur van 1 jaar, omvat een achttal verschillende thema's. Naast geboortedatum en geslacht worden een reeks andere parameters geregistreerd, verschillend van het ene thema tot het andere.
Referenties	Devroey, D. & Van Casteren, V. (1997). <i>De begeleiding door de huisarts van patiënten met problemen door onaangepast alcoholgebruik</i>, registratienet van de huisartsenpeilpraktijken, <i>resultaten van 1993</i>. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Devroey, D. & Van Casteren, V. (2000). Raadplegingen bij de huisarts vanwege problemen door onaangepast alcoholgebruik. Resultaten van de Belgische huisartsenpeilpraktijken. <i>Tijdschrift voor Geneeskunde</i>, 56, 9, 639-646. Devroey, D. & Van Casteren, V. (2005). Contacten met huisartsen omwille van ongevallen. <i>Senti-Bul</i>, 2, 3-4. Devroey, D., Van Casteren, V. & Walckiers, D. (2001). <i>Ongevallen in de privésfeer waarbij de huisarts geraadpleegd wordt. Registratie door de huisartsenpeilpraktijken in 1995 en 1996</i>. Brussel: Wetenschappelijk instituut volksgezondheid. Van Casteren, V. (2004). Surveillance van problemen verbonden aan intentioneel geweld, gemeld door huisartsenpraktijken in België. <i>Episcoop</i>, 4, 3, 2-3.
Internet	http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/index10.htm

Huishoudbudgetonderzoek

Doelstelling	Het Huishoudbudgetonderzoek geeft een gedetailleerd beeld van de structuur van de gemiddelde uitgaven van de huishoudens uit België.
Uitleg	Deze statistieken zijn beschikbaar per gewest en voor het rijk en leveren informatie over het detail van de uitgaven per product en gebruikte dienst, uitgesplitst volgens de leeftijd van referentiepersoon en beroepsstatuut.
Jaar	Reeds sinds 1854 worden in ons land huishoudbudgetonderzoeken (of Gezinsbudgetenquêtes) georganiseerd met tussenpozen van 7 tot 8 jaar. Sinds de enquête van 1995-1996 gaan ze jaarlijks door.
Studiepopulatie	Belgische huishoudens
Regio	België
Steekproefgrootte	Elke maand worden door meer dan 300 huishoudens inkomsten en uitgaven opgetekend; meer dan 3.000 huishoudens werden in de loop van het jaar opgevolgd. De door deze huishoudens verstrekte gegevens worden geëxtrapoleerd naar de circa 4 miljoen huishoudens die ons land rijk is.
Respons rate	
Instrument	
Referenties	
Internet	http://www.statbel.fgov.be/surveys/hbs.asp

Middelengebruik in de hoofdstad. De hoofdstad van het middelen- gebruik?	
Doelstelling	Gegevens verzamelen over het gebruik van genotmiddelen bij schoolgaande jongeren van 12 tot 22 jaar in Brussel
Uitleg	De vragenlijst peilt naar sociodemografische gegevens, financiële gegevens, vrijetijdsbesteding, uitgaan, middelengebruik, gokken, spijbelen en deviant gedrag.
Jaar	De bevraging liep in de periode april-mei en september-december 1994. Het hoger onderwijs werd enkel in het najaar bevraagd (periode september-december 1994).
Studiepopulatie	Schoolgaande jongeren van 12 tot 22 jaar in het Nederlandstalig secundair en hoger of universitair onderwijs in Brussel
Regio	Brussels Gewest
Steekproefgrootte	In totaal werd een representatieve steekproef van 2.202 jongeren tussen 12 en 22 jaar bevraagd, waarvan uiteindelijk de vragenlijsten van 842 leerlingen en 1.261 studenten werden weerhouden. Het ging om studenten uit het eerste en tweede jaar waarvan 43% jongens en 57% meisjes. De gemiddelde leeftijd is 19,28 jaar.
Respons rate	31 van de 42 (73,8%) secundaire scholen en 23 van de 25 (92,0%) instellingen hoger onderwijs in het Brusselse gewest participeerden aan het onderzoek. In totaal werden 99 vragenlijsten uit de steekproef verwijderd en haalde de vragenlijst een respons van 95,5%.
Instrument	Gestructureerde schriftelijke vragenlijst
Referenties	Lambrecht, P., Andries, C., De Bock, M., & Wydoodt, J.-P. (1996). <i>Middelengebruik in de hoofdstad. De hoofdstad van het middelengebruik? Onderzoek naar het gebruik van de genotmiddelen alcohol, medicatie en illegale drugs in relatie tot de vrije tijdsbesteding van jongeren van 12 tot 22 jaar in het Nederlandstalig onderwijs te Brussel</i> . Brussel: Vrije Universiteit Brussel.
Internet	http://www.vub.ac.be/ONLE/patrick_lambrecht.html

Mogelijkheden van een fuivenbeleid

Doelstelling	Zicht krijgen op de beleving van fuiven van schoolgaande jongeren
Uitleg	Het doel van dit onderzoek was uit te zoeken welke maatregelen er kunnen genomen worden om het fuiven in Vlaanderen terug mogelijk te maken zonder al te veel reglementering. Eén onderdeel van het onderzoek bestond uit een brede schriftelijke bevraging van schoolgaande jongeren. Daarin wordt onder meer gepolst naar het alcoholgebruik op fuiven.
Jaar	2002
Studiepopulatie	Schoolgaande jongeren tussen 13 en 25 jaar
Regio	Vlaanderen
Steekproefgrootte	4.290 schoolgaande jongeren tussen 13 en 25 jaar uit het voltijds (66%) en deeltijds secundair onderwijs (2%), het hoger onderwijs buiten de universiteit (22%) en het universitair onderwijs (10%); het gaat om 49% jongens en 51% meisjes.
Respons rate	Respons op schoolniveau: 59% voltijds secundair onderwijs; 100% deeltijds secundair onderwijs; 76% hoger onderwijs buiten de universiteit; in het universitair onderwijs werden 437 studenten bevroegd uit de 5 Vlaamse universiteiten of 0,77% van de populatie.
Instrument	Schriftelijke gestructureerde vragenlijst
Referenties	Huybregts, I. & Vettenburg, N. (2002). <i>Mogelijkheden van een fuivenbeleid: eindverslag</i> . Leuven: onderzoeksgroep jeugdcriminologie.
Internet	http://www.wvc.vlaanderen.be/jeugdbeleid/beleid/onderzoek/fuiven-beleid/

Partywise. Kwalitatief onderzoek naar trends in druggebruik in het uitgaansleven - 2004	
Doelstelling	Testen van informatie uit het kwantitatieve luik, verdieping van de resultaten van het kwantitatieve luik
Uitleg	Exploratief onderzoek naar het druggebruik en de kenmerken van de gebruikers in het uitgaansmilieu
Jaar	2004
Studiepopulatie	Professionelen in het uitgaansleven en uitgaanders
Regio	Vlaanderen
Steekproefgrootte	9 professionelen in het uitgaansleven en 5 uitgaanders
Respons rate	
Instrument	Gestructureerde individuele interviews en focusgroep
Referenties	Van Havere, T. (2005). <i>Partywise. Kwalitatief onderzoek naar trends in druggebruik in het uitgaansleven - 2004</i> . Brussel: VAD.
Internet	

Partywise. Kwantitatief onderzoek naar trends in druggebruik in het uitgaansleven	
Doelstelling	Zicht krijgen op de producten die gebruikt worden, op de groep gebruikers, de toedieningswijzen, de combinaties, waar en door wie gebruikt wordt; op termijn moeten hieruit trends duidelijk worden die wijzigende gebruikspatronen en gebruikersgroepen identificeren.
Uitleg	Exploratief onderzoek naar het druggebruik en de kenmerken van de gebruikers in het uitgaansmilieu
Jaar	2003
Studiepopulatie	Personen die uitgaan; de respondenten werden geselecteerd op festivals, events of clubs.
Regio	Vlaanderen
Steekproefgrootte	In totaal vulden 666 partygangers een vragenlijst in. De respondentengroep heeft een gemiddelde leeftijd van 22 jaar en bestaat uit 400 mannen (64,4%) en 221 vrouwen (35,6%). Iets minder dan de helft is nog student en iets minder dan de helft heeft een job. 2 op 3 wonen nog bij de ouders.
Respons rate	64,3%
Instrument	Gestructureerde schriftelijk vragenlijst
Referenties	Van Havere, T., De Donder, E., De Vriendt, W., Geirnaert, M., Rosiers, J. & Schrooten, J. (2004). <i>Partywise. Kwantitatief onderzoek naar trends in druggebruik in het uitgaansleven - 2003</i> . Brussel: VAD.
Internet	

Politionele criminaliteitsstatistiek (PCS)	
Doelstelling	Metten van de geregistreerde criminaliteit en de opvolging van de evolutie ervan in tijd en ruimte
Uitleg	Voor de politiehervorming sprak men van de 'geïntegreerde interpolitionele criminaliteitsstatistieken' (GICS), na de politiehervorming werden deze tot 'politionele criminaliteitsstatistieken' (PCS) omgedoopt.
Jaar	Sinds 1994, jaarlijkse statistieken
Studiepopulatie	De bron van de PCS is het proces-verbaal dat door de algemene politiediensten wordt opgesteld en dat aan het parket wordt bezorgd, ongeacht of het om een gepleegd misdrijf of een poging gaat. De geregistreerde feiten zijn de misdaden en wanbedrijven uit het strafwetboek en enkele bijzondere wetten, evenals de overtredingen die bij herhaling kunnen leiden tot een correctionele straf. Deze criminaliteitsstatistiek geeft enkel de criminaliteit weer die via de politiediensten wordt doorgegeven aan het Openbaar Ministerie.
Regio	België
Steekproefgrootte	
Respons rate	In de statistiek van 2000, 2001, 2002 en 2003 werd een volledigheid van 99% bereikt. Voor 2004 situeert de volledigheid van de statistische gegevens zich momenteel op 97,5%.
Instrument	
Referenties	
Internet	http://www.fedpol.be/crim/crim_statistieken/stat_2004_nl.php

Prevalentie van alcoholafhankelijkheid en alcoholmisbruik in de huisartsenpraktijk in Vlaanderen	
Doelstelling	De prevalentie bepalen van alcoholafhankelijkheid en -misbruik in Vlaanderen bij patiënten die de huisarts consulteren en nagaan hoeveel patiënten als dusdanig door de huisarts herkend worden
Uitleg	Alle patiënten boven de 18 jaar die van maandag tot vrijdag bij de huisarts op raadpleging kwamen werden in de studie opgenomen, ofwel opeenvolgend ofwel at random.
Jaar	De gegevensverzameling gebeurde in september-oktober 1997 en juni-juli 1998.
Studiepopulatie	69 huisartsen uit de regio Mechelen-Leuven-Tienen
Regio	Mechelen-Leuven-Tienen
Steekproefgrootte	Er is volledige informatie beschikbaar van 1.989 patiënten.
Respons rate	92%
Instrument	' <i>Composite International Diagnostic Interview</i> ' (CIDI), een gevalideerde vragenlijst op basis van de DSM-III.
Referenties	Aertgeerts, B., Buntinx, F., Fevery, J. & Ansoms, S. (2000). De prevalentie van alcoholafhankelijkheid en alcoholmisbruik in de huisartsenpraktijk in Vlaanderen. <i>Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde</i> , 56, 3, 177-186.
Internet	

Prevalentie van overmatig alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid bij eerstejaarsstudenten (1)	
Doelstelling	Vaststellen van de prevalentie van overmatig alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid bij eerstejaarsstudenten.
Uitleg	Tijdens het verplicht medisch onderzoek konden de eerstejaarsstudenten hun medewerking verlenen aan een onderzoek over gezondheid, dagelijkse problemen en alcoholgebruik. Op basis van de DSM-IV-criteria en aan de hand van het <i>'Composite International Diagnostic Interview'</i> (CIDI) werd de diagnose van overmatig alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid gesteld.
Jaar	November 1995 tot april 1996
Studiepopulatie	Eerstejaarsstudenten K.U. Leuven. 1.940 vrouwen (54,4%) en 1.624 mannen (45,6%); de gemiddelde leeftijd was 18 jaar.
Regio	Vlaanderen, Leuven
Steekproefgrootte	3.564 studenten werden bevraagd (niemand weigerde medewerking).
Respons rate	100%
Instrument	Gestructureerde vragenlijst
Referenties	Aertgeerts, B., Buntinx, F., Vandermeulen, C., Roelants, M., Fevery, J. & Ansoms, S. (1999). De prevalentie van overmatig alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid volgens DSM-IV-criteria bij eerstejaarsstudenten. <i>Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde</i> , 143, 52, 2621-2624.
Internet	

Prevalentie van overmatig alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid bij eerstejaarsstudenten (2)	
Doelstelling	Vaststellen van de prevalentie van overmatig alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid bij eerstejaarsstudenten.
Uitleg	Tijdens het verplichte medisch onderzoek konden de eerstejaarstudenten hun medewerking verlenen aan een onderzoek over gezondheid, dagelijkse problemen en alcoholgebruik. Op basis van de DSM-IV-criteria en aan de hand van het <i>'Composite International Diagnostic Interview'</i> (CIDI) werd de diagnose van overmatig alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid gesteld.
Jaar	2 oktober 2000 tot 30 mei 2001
Studiepopulatie	Eerstejaarsstudenten van de Katholieke Universiteit Leuven. 40,4% vrouwen en 59,6% mannen; de gemiddelde leeftijd was 18,7 jaar
Regio	Vlaanderen, Leuven
Steekproefgrootte	2.699 studenten werden bevraagd.
Respons rate	96,1%
Instrument	Gestructureerde vragenlijst
Referenties	Van Den Bruel, A., Aertgeerts, B., Hoppenbrouwers, K., Roelants, M. & Buntinx, F. (2004). CUGE: A Screening Instrument for Alcohol Abuse and Dependence in Students. <i>Alcohol & Alcoholism</i> , 39, 5, 439-444.
Internet	

Risico- en protectieve factoren in verband met middelengebruik. Onderzoek bij 14- tot 18-jarige scholieren in de provincies West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen en Zeeland

Doelstelling	Verzamelen van representatieve en vergelijkbare gegevens over middelengebruik – zowel legale als illegale middelen – van derde-, vierde-, vijfde- en zesdejaars middelbare scholieren in de provincies Zeeland, West- en Oost-Vlaanderen. Anderzijds heeft het project tot doel om aanknopingspunten te bieden voor preventie door het analyseren van de kenmerken die samenhangen met gebruik.
Uitleg	Middelengebruik wordt gezien als een gedragspatroon dat beïnvloed wordt door meerdere factoren uit de leefwereld van jongeren. Overeenkomstig de tweede doelstelling van het project, luidt de centrale onderzoeksvraag: wat zijn de <i>risico- en protectieve factoren</i> in verband met middelengebruik in de leefwereld van de jongere?
Jaar	Alle vragenlijsten werden afgenomen tussen 16 maart en 2 mei 2005.
Studiepopulatie	14- tot 18-jarige scholieren
Regio	Provincies West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen en Zeeland
Steekproefgrootte	In totaal worden 3.294 bruikbare en betrouwbare vragenlijsten weerhouden.
Respons rate	De non-respons op het niveau van de school is 12,5%. De responsratio of de verhouding van het aantal leerlingen dat de vragenlijst heeft ingevuld op het totaal aantal leerlingen in de deelnemende klassen, bedraagt 92,8%.
Instrument	Schriftelijke gesloten vragenlijst
Referenties	Lombaert, G. (2005). <i>Risico- en protectieve factoren in verband met middelengebruik. Onderzoek bij 14- tot 18-jarige scholieren in de provincies West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen en Zeeland</i> . Gent: De Sleutel, Dienst wetenschappelijk onderzoek.
Internet	http://www.desleutel.be/index.php?content=6&sub=37&detail=816

Risicogedrag in de hoofdstad. De hoofdstad van het risicogedrag?

Doelstelling	Gegevens verzamelen over het gebruik van genotmiddelen bij schoolgaande jongeren van 12 tot 22 jaar in Brussel
Uitleg	De vragenlijst peilt naar sociodemografische gegevens, financiële gegevens, gegevens van leeftijdsgenoten, vrijetijdsbesteding, computergebruik, uitgaan, middelengebruik, gokken, psychosociaal welbevinden, spijbelen en deviant gedrag.
Jaar	De vragenlijst werd afgenomen in de periode 20 maart 1998 tot 19 mei 1998.
Studiepopulatie	Schoolgaande jongeren in het Nederlandstalig secundair en hoger of universitair onderwijs in het Brusselse Gewest.
Regio	Brussels Gewest
Steekproefgrootte	De vragenlijst werd afgenomen bij een representatieve steekproef van 2.753 jongeren: 1.560 leerlingen en 1.193 studenten. Het ging om studenten uit het eerste en tweede jaar waarvan 44% jongens en 56% meisjes. De studenten zijn gemiddeld 19,47 jaar.
Respons rate	28 van de 34 (82,0%) secundaire scholen en 16 van de 21 (75,0%) instellingen hoger onderwijs in het Brusselse gewest participeerden aan het onderzoek. In totaal werden 127 vragenlijsten uit de steekproef verwijderd en haalde de vragenlijst een respons van 95,3%.
Instrument	Gestructureerde schriftelijke vragenlijst
Referenties	Lambrecht, P., Andries, C., & Engels, T. (2002a). <i>Risicogedrag in de hoofdstad. De hoofdstad van het risicogedrag? Onderzoek naar het gebruik van de genotmiddelen alcohol, geneesmiddelen en illegale genotmiddelen en naar andere risicogedragingen en de tendensen hierin bij jongeren van 12 tot 22 jaar in het Nederlandstalig onderwijs te Brussel</i> . Brussel: Vrije Universiteit Brussel.
Internet	http://www.vub.ac.be/ONLE/patrick_lambrecht.html

Sociale kosten-batenanalyse van alcoholgebruik en -misbruik in België	
Doelstelling	Maken van een objectieve en zo volledig mogelijke inventaris en becijfering van de kosten en baten van alcoholgebruik en -misbruik in België.
Uitleg	Op vraag van de federatie van de Belgische brouwerijsector werd in 1999-2001 door het Hoger instituut voor de arbeid (HIVA) een studie uitgevoerd over de kosten en baten van alcoholgebruik/-misbruik in België. De studie vertrekt vanuit een <i>societal point of view</i> waarbij men uitgaat van een zeer ruime definitie van zowel private (interne) als externe kosten en baten. De kosten en baten van alcoholgebruik/-misbruik worden door de bril van de totale samenleving bekeken. Zowel de kosten als de baten worden in geldtermen uitgedrukt.
Jaar	
Studiepopulatie	
Regio	België
Steekproefgrootte	
Respons rate	
Instrument	Sociale kosten-batenanalyse
Referenties	Pacolet, J., Degreef, T. & Bouten, R. (2003). <i>Sociale kosten-batenanalyse van alcoholgebruik en -misbruik in België</i> . Leuven: Katholieke universiteit Leuven, Hoger instituut voor de arbeid.
Internet	

Statistiek van de industriële productie - Prodcom

Doelstelling	Betere vergelijkbaarheid van de Europese statistische gegevens
Uitleg	Prodcom is de maandelijkse enquête naar de industriële productie. In het kader van de samenwerking tussen de EU-landen wordt gestreefd naar een betere vergelijkbaarheid van de statistische gegevens. Het Statistisch Bureau van de Europese Gemeenschap heeft daarom het initiatief genomen om de gegevens inzake industriële productie in alle Lidstaten te verzamelen met dezelfde productenlijst, in dezelfde sectoren, enzovoort. Dit initiatief kreeg de naam Prodcom: PRODUcts of the European COMMunity. De meeste ondernemingen die industriële producten vervaardigen, moeten maandelijks per product een aantal inlichtingen overmaken aan het NIS.
Jaar	Continu (maandelijks)
Studiepopulatie	Het gaat om 2 groepen van ondernemingen: - industriële ondernemingen met 10 of meer personeelsleden of met een jaaromzet van minstens 2.478.935,25 EUR; - andere ondernemingen met een industriële nevenactiviteit waarin zij 20 personen of meer tewerkstellen of een jaaromzet realiseren van minstens 2.478.935,25 EUR.
Regio	Voor elke lokale eenheid moet een enquêteformulier ingevuld worden.
Steekproefgrootte	
Respons rate	100%
Instrument	Verplichte enquête
Referenties	Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS) (2005). <i>Prodcom-enquête</i> . Brussel: NIS.
Internet	http://www.statbel.fgov.be/prodcom/

Statistiek van de veroordelingen

Doelstelling	In kaart brengen van wat er zich binnen de hoven en rechtbanken van het land afspeelt
Uitleg	Het statistisch Steunpunt van de Dienst Strafrechtelijk Beleid van het Ministerie van Justitie verwerkt de statistieken over de veroordelingen, de opschortingen en de interneringen die werden uitgesproken door de strafrechtbanken. De kwaliteit van de gegevens in deze gegevensbank staat of valt met de kwaliteit van de informatie in de veroordelingsberichten. Voor drugmisdrijven in het bijzonder is het niet altijd duidelijk uit de veroordelingsberichten af te leiden of het gaat om bezit, gebruik, handel, ...
Jaar	De statistiek van veroordelingen, opschortingen en interneringen wordt sinds 1993 aangemaakt door de dienst strafrechtelijk beleid van het Ministerie van Justitie. Voordien werden deze statistieken aangemaakt door het Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS) maar waren ze niet zo volledig.
Studiepopulatie	De veroordelingsstatistiek is gebaseerd op de veroordelingsberichten. Een veroordelingsbericht wordt opgesteld op de griffie van de rechtbank op basis van het vonnis. Het bevat inlichtingen over het veroordeelde individu, over de procedure, over de genomen beslissingen en over de weerhouden feiten.
Regio	België
Steekproefgrootte	Alle veroordelingsberichten
Respons rate	
Instrument	De veroordelingsberichten worden opgesteld door de griffies van de rechtbanken en hoven op basis van het vonnis en worden vervolgens in hun papieren versie overgemaakt aan het centraal strafregister. Op het centraal strafregister worden alle berichten opnieuw ingevoerd en sommige variabelen krijgen een nieuwe code. De gegevens blijven bewaard in een gegevensbank.
Referenties	De Pauw, W., Deltenre, S., Hendricx, C. & Willems, M. (2004). Tien jaar veroordelingsstatistiek. <i>Panopticon</i> , 4, 82-92.
Internet	http://www.dsb-spc.be/productie/index.php/Statistieken/528/0/

Studentstart	
Doelstelling	
Uitleg	Op de website Studentstart staat een dossier over drugs met allerlei informatie over verschillende drugs. De enquête maakt deel uit van dit dossier.
Jaar	2002
Studiepopulatie	Studenten
Regio	Vlaanderen
Steekproefgrootte	1.500
Respons rate	
Instrument	Gestructureerde schriftelijke vragenlijst in te vullen via de website Studentstart
Referenties	
Internet	http://www.studentstart.be/DossierDrugs/2799

Trends in het genotmiddelengebruik bij adolescenten in Vlaams-Brabant	
Doelstelling	Gegevens verzamelen over het gebruik van genotmiddelen bij schoolgaande jongeren van 12 tot 22 jaar in de provincie Vlaams-Brabant.
Uitleg	De vragenlijst peilt naar sociodemografische gegevens, vriendenkring, sfeer thuis, gokken, middelengebruik, ouderlijk gezag, vrijetijdsbesteding, uitgaan, deviant gedrag. Ook werd de invloed van de federale drugnota op het risicogedrag en de houding tegenover middelengebruik nagegaan.
Jaar	De bevraging liep tussen februari en mei 2001.
Studiepopulatie	Schoolgaande jongeren in het secundair en het hoger onderwijs in Vlaams-Brabant. Er werden 46,2% jongens en 53,8% meisjes bevraagd.
Regio	Vlaams-Brabant
Steekproefgrootte	Er werd een representatieve steekproef van 2.150 schoolgaande jongeren uit het secundair en het hoger onderwijs in Vlaams-Brabant genomen: 1.687 leerlingen en 463 studenten uit de eerste cyclus van het hoger onderwijs met 1 of 2 cycli. Bij de studenten zijn er 34% mannen en 66% vrouwen en de gemiddelde leeftijd is 19,53 jaar.
Respons rate	Van de 2.150 vragenlijsten werden er 82 niet opgenomen in de analyse en haalde de vragenlijst een respons van 96,2%. Van het hoger onderwijs hebben in totaal 3 op de 4 scholen deelgenomen of 6 op de 8 departementen, wat een respons betekent van 75%.
Instrument	Gestructureerde schriftelijke vragenlijst
Referenties	Lambrecht, P., Andries, C. & Engels, T. (2002b). <i>Trends in het genotmiddelengebruik bij adolescenten van Vlaams-Brabant. Onderzoek naar het tabak-, alcohol-, geneesmiddelen- en illegale genotmiddelengebruik, en andere risicogedragingen bij jongeren van 12 tot 22 jaar in de provincie Vlaams-Brabant</i> . Brussel: vakgroep ONLE - Vrije Universiteit Brussel.
Internet	http://www.vub.ac.be/ONLE/patrick_lambrecht.html

Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM)

Doelstelling	De VRM schetst een beeld van de personen (aantal, kenmerken) die een beroep doen op hulpverlening omwille van alcohol-, medicatie- of illegaledruggebruik.
Uitleg	De gegevens die bij de hulpverleningsinstellingen worden opgevraagd zijn gebaseerd op de minimale variabelenset die door de Raad van Europa en het Europees Drugsobservatorium zijn opgesteld.
Jaar	In 1999 vond de registratie voor het laatst plaats.
Studiepopulatie	Aan de registratie van 1999 participeerden de Psychiatrische Ziekenhuizen (PZ), de Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ), de Therapeutische Gemeenschappen (TG), de Crisisinterventiecentra (CIC) en de dagcentra, de Medisch Sociale Opvangcentra (MSOC), de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en het Straathoekwerk (SHW).
Regio	Vlaanderen
Steekproefgrootte	In 1999 werden 15.436 personen geregistreerd.
Respons rate	In totaal participeerden 12 van de 34 PAAZ (35,3%), 21 van de 40 PZ (52,5%), 83 van de 84 CGG (98,8%), alle TG en kortdurende therapeutische programma's, alle CIC, alle dagcentra, alle MSOC en 21 van de 35 SHW-projecten (60%).
Instrument	Registratieprogramma
Referenties	Vandenbussche, E. (2001). <i>Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM). Registratiegegevens 1999</i> . Brussel: VAD.
Internet	

Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV) - cijfergegevens 2003	
Doelstelling	De VVBV verzamelt sedert 1988 registratiegegevens van de aangesloten centra om een zicht te krijgen op de cliënten die een beroep doen op de verschillende diensten.
Uitleg	Er worden opnamegegevens geregistreerd, sociodemografische gegevens (sekse, nationaliteit, geboorteland, gemiddelde leeftijd bij de start van de behandeling, burgerlijke staat, verblijfplaats, beroepsniveau, inkomenssituatie, leefsituatie, hoogste diploma), productgegevens (voornaamste product, toedieningswijze voornaamste product, frequentie voornaamste product, tweede product, derde product, ooit-geïnjecteerd) en gegevens over de justitiële situatie. Gegevens over hepatitis en HIV worden niet geregistreerd. Aan de cliënten werd geen unieke code toegekend waardoor cliënten die in hetzelfde jaar een beroep doen op verschillende centra, dubbel kunnen geregistreerd worden. De ambulante centra staan voor 67,3% van de gegevens, de residentiële centra hebben 32,7% van de cliënten. In de registratiedata wordt een opsplitsing gemaakt volgens het product dat men gebruikt. De meeste cliënten (80%) geven echter aan meer dan 1 product te gebruiken.
Jaar	Sedert 1988, jaarlijks
Studiepopulatie	Cliënten die effectief een behandeling starten in de aangesloten centra met een RIZIV-erkenning; er wordt een onderscheid gemaakt tussen ambulante dagcentra, Medisch Sociale Opvangcentra (MSOC), residentiële behandelingscentra en residentiële crisisprogramma's.
Regio	Vlaanderen
Steekproefgrootte	In 2003 zijn er van 3.178 cliënten gegevens weerhouden.
Respons rate	93%
Instrument	
Referenties	Thienpont, J. & van Zuijlen, M. (2004). <i>VVBV: cijfergegevens 2003</i> . Gent: VVBV
Internet	

BIJLAGE 3: INTERNETADRESSEN

België

Alcohol. Bekijk het eens nuchter
www.bekijkheteensnuchter.be

Belgische Brouwers
www.beerparadise.be

BIVV
www.bivv.be

BOB-campagne
www.bob.be

Verkeerswetgeving
www.verkeerswet.be

Nederland

Drank. De kater komt later
www.dekaterkomtlaten.nl

NIGZ - alcoholinfo
www.alcoholinfo.nl

Stichting alcoholpreventie (STAP)
www.alcoholpreventie.nl

Andere

Eurocare
www.eurocare.org

National Institute on Alcohol Abuse and alcoholism (NIAAA)
www.niaaa.nih.gov

WHO - Alcohol control database
<http://data.euro.who.int/alcohol/>

WHO - Global Alcohol Database
<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>

LITERATUUR

- Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P.O., Clinton, M.A., McAuslan, P. (2001). Alcohol and Sexual Assault. *Alcohol, Research and Health*, 25, 1, 43-51.
- Administratie der douane en accijnzen (2005a). *Ontvangsten aan accijnzen op alcohol*. Brussel: Administratie der douane en accijnzen. Data verkregen op verzoek.
- Administratie der douane en accijnzen (2005b). *Ontvangsten aan openingsbelasting en vergunningsrecht*. Brussel: Administratie der douane en accijnzen. Data verkregen op verzoek.
- Aelvoet, W., Mertens, I. & Van Sprundel, M. (2002). *Uitwendige oorzaken in de minimale klinische gegevens*. Brussel: FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Gedownload op 31 januari 2006 van http://www.health.fgov.be/vesalius/devnew/NL/prof/regsys/mkg/publication/RCM_CAUSEX/index.htm
- Aertgeerts, B. & Buntinx, F. (2002). The Relation Between Alcohol Abuse or Dependence and Academic Performance in First-Year College Students. *Journal of Adolescents Health*, 31, 223-225.
- Aertgeerts, B., Buntinx, F., Fevery, J. & Ansoms, S. (2000). De prevalentie van alcoholafhankelijkheid en alcoholmisbruik in de huisartsenpraktijk in Vlaanderen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 56, 3, 177-186.
- Aertgeerts, B., Buntinx, F., Vandermeulen, C., Roelants, M., Fevery, J. & Ansoms, S. (1999). De prevalentie van overmatig alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid volgens DSM-IV-criteria bij eerstejaarsstudenten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 143, 52, 2621-2624.
- American Psychiatric Association (1995). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV*, Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Andlin-Sobocki, P., Jönsson, B., Wittchen, H.-U. & Olesen, J. (2005). Cost of Disorders of the Brain in Europe. *European Journal of Neurology*, 12, 1-27.
- Anonieme Alcoholisten (2000). *Persmap. Profiel van een groep in 2000*. Antwerpen: Comité Openbare Informatie.
- Anseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M. & Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High Prevalence of Mental Disorders in Primary Care. *Journal of Affective Disorders*, 78, 1, 49-55.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*. New York: Oxford University Press.
- Babor, T.F. & Higgins-Biddle, J.C. (2001). *Brief Interventions for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization.
- Baert, E., De Backer, G., Byttebier, G., De Henauw, S., Van Oyen, H. & Aelvoet, W. (2001). Disability Adjusted Life Years. Een eerste berekening voor Vlaanderen. In H., Cloots, P., Hooft & H. Smets (coördinatie). *Gezondheidsindicatoren 2000* (pp.262-276). Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.
- Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P.J., Tafforeau, J. & Van Der Heyden, J. (2006). *Gezondheidsenquête België 2004. Boek III Leefstijl. Gebruik van alcohol*. IPH/EPI Reports nr. 2006 – 035. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling epi-

- demologie. Gedownload op 10 februari 2006 van <http://www.iph.fgov.be/epidemio/hisia/index.htm>
- Beer & Society Information Centre (2005). *Persdossier. Bierbarometer peilt naar de mening van Belgen over bier*. Sint-Stevens-Woluwe: Beer & Society Information Centre.
- Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV) (1995). *Jaarverslag verkeersveiligheid 1994*. Brussel: BIVV.
- Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV) (1996). *Jaarverslag verkeersveiligheid 1995*. Brussel: BIVV.
- Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV) (1998). *Jaarverslag verkeersveiligheid 1997*. Brussel: BIVV.
- Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV) (1999). *Jaarverslag verkeersveiligheid 1998*. Brussel: BIVV.
- Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV) (2000). *Jaarverslag verkeersveiligheid 1999*. Brussel: BIVV.
- Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV) (2004). *Verkeersveiligheidstatistieken 2001*. Brussel: BIVV. Gedownload op 29 november 2004 van <http://www.bivv.be/main/Publicatie-Materiaal/Statistieken/catalogDetail.shtml?detail=706152949&language=nl>
- Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV) (2006a). *Bijkomende gegevens over de verkeersongevallen*. Brussel: BIVV. Data verkregen op verzoek.
- Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV) (2006b). *Gegevens over de alcoholcontroles tijdens de eindejaarsperiode*. Brussel: BIVV. Data verkregen op verzoek.
- Belgische Brouwers (1999). Cijfers na een regenjaar. *Het Brouwersblad*, 110, juni, 10-21.
- Belgische Brouwers (2006). *Basiscursus bier*. Brussel: Belgische Brouwers. Gedownload op 19 januari 2006 van <http://www.beerparadise.be/nl/>
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S. & Demyttenaere, K. (2004a). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60, 2, 75-85.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S. & Demyttenaere, K. (2004b). Zorggebruik voor mentale stoornissen in België. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60, 11, 790-799.
- Buelens, M. & Vansevenant, A. (2005). Vijf voor twaalf?? *Het Brouwersblad*, 112, juni-juli-augustus, 6-20.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergman, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.J., Simon, R. & Töppich, J. (2002). *Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems in Germany*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Cattaert, G. & Pacolet, J. (2004). *Alcoholgebruik en -misbruik naar leeftijd in België. Analyse op basis van de gezondheidsenquête en het huishoudbudgetonderzoek*. Leuven/Brussel: HIVA/VAD.
- Cherpitel C.J. (1992). The epidemiology of alcohol-related trauma. *Alcohol Health & Research World*, 16, 191-196.
- Claeys, P., Bryon, H. & Vranckx, A. (2004). *Registratie gedwongen opname*. Presentatie op congres psychiatrie en maatschappij: vermaatschappelijking van de zorg, Leuven, 24 september 2004. Gedownload op 3 januari 2005 van <http://www.vlabo.be/>

- Cloots, H., De Kind, H., Dejonghe, M., Hooft, P., Moreau, L. & Smets, H. (red.) (2004). *Gezondheidsindicatoren 2001-2002*. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Entiteit Beleidsondersteuning – team beleidsevaluatie.
- Colpaert, K., Vanderplasschen, W., Van Hal, G., Broekaert, E. (2005). *Gedeelde cliënten gedeelde zorg?! De alcohol- en drughulpverlening in de provincie Antwerpen in kaart*. Gent: Universiteit Gent.
- Commission for Distilled Spirits (2005). *World Drink Trends 2005 Edition*. Oxfordshire: World Advertising Research Center Ltd.
- De Donder, E. & Lambrechts, M.C. (2002). Situering problematisch middelengebruik. In: De Donder, E., De Maeseneire, I., Geirnaert, M., Lambrechts, M.C., Roosen, N., Van Baelen, L. & Verstuyf, G. (red.) (2002). *Alcohol- en druggebruik. Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening* (pp. 13-39). Mechelen: Kluwer.
- De Donder, E. (2004). *Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2003-2004*. Brussel: VAD.
- De Donder, E., De Maeseneire, I., Geirnaert, M., Lambrechts, M.C., Roosen, N., Van Baelen, L. & Verstuyf, G. (red.) (2002). *Alcohol- en druggebruik. Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening*. Mechelen: Kluwer.
- De Fuentes-Merillas, L. & Bijl, D.A. (2000). De relatie tussen alcohol en werk: een literatuuroverzicht. In: J.A., Walburg & A.A. Van Dijk. *Alcohol en werk* (pp. 17-36). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- De Maeseneire, I. (2002). *Over alcopops en andere trendy drankjes*. Brussel: VAD.
- Decorte, T., Muys, M. & Slock, S. (2003). *Cannabis in Vlaanderen. Patronen van cannabisgebruik bij ervaren gebruikers*. ISD-reeks n° 1. Leuven: Acco.
- Decorte, T. & Slock, S. (2005). *The taming of cocaine II. A 6 year follow-up study of 77 cocaine and crack users*. Brussel: VUB Brussels University Press.
- Demarest, S., Leurquin, P., Tafforeau, J., Tellier, V., Van der Heyden, J. & Van Oyen, H. (1998). *De gezondheid van de bevolking in België. Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, 1997*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gedownload van <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/index4.htm>
- Devroey, D. & Van Casteren, V. (1997). *De begeleiding door de huisarts van patiënten met problemen door onaangepast alcoholgebruik, registratienet van de huisartsenpeilpraktijken, resultaten van 1993*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Devroey, D. & Van Casteren, V. (2000). Raadplegingen bij de huisarts vanwege problemen door onaangepast alcoholgebruik. Resultaten van de Belgische huisartsenpeilpraktijken. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 56, 9, 639-646.
- Devroey, D. & Van Casteren, V. (2005). Contacten met huisartsen omwille van ongevallen. *Senti-Bul*, 2, 3-4.
- Devroey, D., Van Casteren, V. & Walckiers, D. (2001). *Ongevallen in de privésfeer waarbij de huisarts geraadpleegd wordt. Registratie door de huisartsenpeilpraktijken in 1995 en 1996*. Brussel: Wetenschappelijk instituut volksgezondheid.
- DrugLijn (2005). *De lijn doorgetrokken. 10 jaar DrugLijn in cijfers toegelicht*. VAD-intern document.

- Eurocare (1998). *Alcohol Problems in the Family. A Report to the European Union*. St. Ives: Eurocare.
- European Opinion Research Group (EORG) (2003). *Health, Food and Alcohol and Safety. Special Eurobarometer 186 wave 59.0*. Luxemburg: European Commission.
- European Opinion Research Group (EORG) (2005). *Health, Food and Alcohol and Safety. Special Eurobarometer 186 wave 59.0 – tabellen alcoholconsumptie*. Luxemburg: European Commission. Data verkregen op verzoek.
- Europese Commissie (2004). *The State of Mental Health in the European Union*. Luxemburg: Europese commissie.
- Europese commissie (2006). *Causes of death information*. Brussel: DG Health and Consumer Protection. Gedownload op 24 januari 2006 van http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/cod/cod_en.htm
- Eurostat (2004). Eating, drinking, smoking – comparative price levels in EU, EFTA and candidate countries for 2003. *Statistics in Focus*. Economy and finance, 30.
- Federale Politie (2004). *Staten - Nationaal overzicht 2000*. Brussel: directie van de nationale gegevensbank. Gedownload op 21 april 2004 van http://www.poldoc.be/dir/dgs/dsb/document/spcs2002/NL_2000.htm
- Federale Politie (2006a). *Staten - Nationaal overzicht 2001*. Brussel: directie van de nationale gegevensbank. Gedownload op 21 april 2004 van http://www.fedpol.be/crim/crim_statistieken/stat_2004_nl.php
- Federale Politie (2006b). *Staten - Nationaal overzicht 2002*. Brussel: directie van de nationale gegevensbank. Gedownload op 21 april 2004 van http://www.fedpol.be/crim/crim_statistieken/stat_2004_nl.php
- Federale Politie (2006c). *Staten - Nationaal overzicht 2003*. Brussel: directie van de nationale gegevensbank. Gedownload op 23 december 2004 van http://www.fedpol.be/crim/crim_statistieken/stat_2004_nl.php
- Federale Politie (2006d). *Staten - Nationaal overzicht 2004*. Brussel: directie van de nationale gegevensbank. Gedownload op 23 februari 2006 van http://www.fedpol.be/crim/crim_statistieken/stat_2004_nl.php
- FOD Economie (2005). *Horecasector. Actieve BTW-plichtigen, oprichtingen en schrappingen per activiteitenencode NACE-BEL*. Dienst Economische Informatie en Statistiek. Data verkregen op verzoek.
- FOD Financiën (2004). *Wegwijs in de douane en accijnzen*. Brussel: FOD Financiën.
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2004). *Meerjarenstatistieken van de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Minimale Psychiatrische Gegevens 1999-2003*. Brussel: Dienst datamanagement DG Organisatie gezondheidsvoorzieningen.
- Gezondheidsraad (2005). *Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding*. Publicatie nr. 2004/22. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Giancola, P., White, H., Berman, M., McCloskey, M., Greer, T., Widom, C., Chermack (2003). Diverse Research on alcohol and aggression in humans: in memory of John Carpenter. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 27, 2, 198-208
- Gmel, G. & Rehm, J. (2003). 'Harmfull alcohol use', *Alcohol Research and Health: the journal of national institute on alcohol abuse and alcoholism*, 27(1), 52-62

- Gmel, G. & Rehm, J. (2004). Measuring Alcohol Consumption. *Contemporary Drug Problems*, 31, 3, 467-541.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. & Morgan, M. (2004). *The ESPAD Report 2003. Alcohol and other Drug use among students in 35 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, The Pompidou group at the Council of Europe.
- Holmila, M. & Raitasalo, K. (2005). Gender Differences in Drinking: Why Do They Still Exist? *Addiction*, 100, 1763-1769.
- Humeniuk, R., Henry-Edwards, S. & Ali, R. (2003). *Self-help Strategies for Cutting Down or Stopping Substance Use: A Guide. (Draft version 1.1 for Field Testing)*. Geneva: World Health Organization.
- Huybregts, I. & Vettenburg, N. (2002). *Mogelijkheden van een fuivenbeleid: eindverslag*. Leuven: onderzoeksgroep jeugdcriminologie.
- Institut national de la sante et de la recherche medicale (INSERM) (2003). *Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance*. Paris: Inserm.
- Institute of Alcohol Studies (IAS) (2005a). *Binge Drinking. Nature, Prevalence and Causes*. IAS Fact Sheet. Londen: IAS. Gedownload op 19 augustus 2005 van <http://www.ias.org.uk/fact-sheets.html>
- Institute of Alcohol Studies (IAS) (2005b). *Women and Alcohol*. IAS Fact Sheet. Londen: IAS. Gedownload op 19 augustus 2005 van <http://www.ias.org.uk/factsheets.html>
- Kerremans, S., Martens, K., Cole, S., Van Deun, P., Lambrechts, W., & Wydoodt, J-P. (1998a). *Vlaams Informatiesysteem – Drugvrije Centra: Statistische gegevens 1996*. Oosterzele: VVBV.
- Kerremans, S., Martens, K., Titeca, A., Van Deun, P., Lambrechts, W., & Wydoodt, J-P. (1996). *Vlaams Informatiesysteem – Drugvrije Centra: Statistische gegevens 1995*. Oosterzele: VVBV.
- Kerremans, S., Thienpont, J., Van Deun, P., Debremaeker, K., Verheecke, K., Van Genechten, S., & Raes, V. (2000). *Vlaams Informatie Systeem – VVBV: Statistische gegevens 1999*. Oosterzele: VVBV.
- Kerremans, S., Thienpont, J., Van Genechten, S., Debremaeker, K., & Van Deun, P. (1998b). *Vlaams Informatie Systeem – VVBV: Statistische gegevens 1997*. Oosterzele: VVBV.
- Kerremans, S., Thienpont, J., Van Genechten, S., Debremaeker, K., & Van Deun, P. (1999). *Vlaams Informatie Systeem – VVBV: Statistische gegevens 1998*. Oosterzele: VVBV.
- Kerremans, S., Van Leeuwen, K., Titeca, A., Van Deun, P., Lambrechts, W., & Wydoodt, J-P. (1995). *Vlaams Informatiesysteem – Drugvrije Centra: Statistische gegevens 1994*. Oosterzele: VVBV.
- Kinable, H. (2005). *Bevraging van Vlaamse leerlingen in het kader van een Drugbeleid Op School. Syntheserapport schooljaar 2004-2005*. Brussel: VAD.
- Klingemann, H. & Gmel, G. (eds.) (2001). *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Klingemann, H. (2001a). *Alcohol and Its Social Consequences - The Forgotten Dimension*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- Klingemann, H. (2001b). Public Order and Safety. In: H., Klingemann & G. Gmel (eds.). *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption* (pp. 113-132). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Lambrecht, P., Andries, C., De Bock, M., & Wydoodt, J.-P. (1996). *Middelengebruik in de hoofdstad. De hoofdstad van het middelengebruik? Onderzoek naar het gebruik van de genotmiddelen alcohol, medicatie en illegale drugs in relatie tot de vrije tijdsbesteding van jongeren van 12 tot 22 jaar in het Nederlandstalig onderwijs te Brussel*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.
- Lambrecht, P., Andries, C., & Engels, T. (2002a). *Risicogedrag in de hoofdstad. De hoofdstad van het risicogedrag? Onderzoek naar het gebruik van de genotmiddelen alcohol, geneesmiddelen en illegale genotmiddelen en naar andere risicogedragingen en de tendensen hierin bij jongeren van 12 tot 22 jaar in het Nederlandstalig onderwijs te Brussel*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.
- Lambrecht, P., Andries, C. & Engels, T. (2002b). *Trends in het genotmiddelengebruik bij adolescenten van Vlaams-Brabant. Onderzoek naar het tabak-, alcohol-, geneesmiddelen- en illegale genotmiddelengebruik, en andere risicogedragingen bij jongeren van 12 tot 22 jaar in de provincie Vlaams-Brabant*. Brussel: vakgroep ONLE - Vrije Universiteit Brussel.
- Lambrechts, M.-C. (2001). *Persoons- en werkgebonden factoren en het ontstaan van alcoholmisbruik. Een literatuuronderzoek*. Maastricht: universiteit Maastricht.
- Laudens, F. (2004). *Combigebruik. Dossier*. Brussel: VAD.
- Lescrauwaet, D. (2001). *Begeleid wonen. Van appendix naar ruggengraat in de thuislozenzorg? Resultaten van een behoeftepeiling in het autonoom algemeen welzijnswerk*. Berchem: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.
- Lombaert, G. (2005). *Risico- en protectieve factoren in verband met middelengebruik. Onderzoek bij 14- tot 18-jarige scholieren in de provincies West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen en Zeeland*. Gent: De Sleutel, Dienst wetenschappelijk onderzoek.
- Maffli, E. (2001). Problem Drinking and Relatives. In: H., Klingemann & G. Gmel (eds.). *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption* (pp. 79-91). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (2005). *Registratie Arcade 2003-2004*. Brussel: administratie gezondheidszorg. Data verkregen op verzoek.
- Ministerie van Justitie (2004). *Statistische gegevens inzake veroordelingen, opschortingen, interneringen 1993-2003*. Brussel: Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid, Statistisch Steunpunt. Data verkregen op verzoek.
- Ministerie van Justitie (2006). *De jaarlijkse statistieken van de hoven en de rechtbanken. Gegevens 1999-2004 - politierechtbank*. Brussel: Secretariaat Generaal, Directie statistiek en logistieke middelen. Gedownload op 14 februari 2006 van http://just.fgov.be/nl_htm/informatie/statistiek/tableau-nl.html
- Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu (1997). *Nationaal Verslag van de Minimale Psychiatrische Gegevens verzameld in de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen periode 1/7/1996 tot en met 31/12/1996*. Brussel: Rijksadministratief Centrum.
- Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu (1998). *Nationaal Verslag 1997 van de Minimale Psychiatrische Gegevens verzameld in de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen*. Brussel: Rijksadministratief Centrum.

- Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu (1999). *Nationaal Verslag 1998 van de Minimale Psychiatrische Gegevens verzameld in de Psychiatrische Ziekenhuizen, de Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen, de Initiatieven Beschut Wonen en de Psychiatrische Verzorgingstehuizen*. Brussel: Rijksadministratief Centrum.
- Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu (2006). *Bijkomende data van de MPG verzameld in de initiatieven beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen 1999-2001*. Brussel: Rijksadministratief Centrum. Data verkregen op verzoek.
- Nationaal Instituut voor de Statistiek (2000). *Verkeersongevallen in 1999*. Brussel: Ministerie van Economische Zaken.
- Nationaal Instituut voor de Statistiek (2001). *Verkeersongevallen op de openbare weg met doden en gewonden 2000*. Brussel: Nationaal Instituut voor de Statistiek.
- Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS) (2003a). *Wat drinkt de Belg?* Nieuwsflits n°44. Brussel: NIS. Gedownload op 29 oktober 2003 van http://www.statbel.fgov.be/press/fl044_nl.asp
- Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS) (2003b). *Verkeersongevallen op de openbare weg met doden en gewonden. Jaar 2001*. Brussel: NIS. Gedownload op 29 november 2004 van http://statbel.fgov.be/pub/home_nl.asp#3
- Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS) (2004). *Huishoudbudgetonderzoek 1995-1996. Gemiddelde uitgaven per huishouden en per jaar - tot op 6 cijfers*. Brussel: NIS. Data verkregen op verzoek.
- Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS) (2005a). *Statistieken van de industriële productie 1994-2004. PRODCOM en NIET- PRODCOM*. Data verkregen op verzoek.
- Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS) (2005b). *Huishoudbudgetonderzoek 2002. Gemiddelde uitgaven per huishouden en per jaar - tot op 6 cijfers*. Brussel: NIS. Data verkregen op verzoek.
- Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS) (2005c). *Verkeersongevallen op de openbare weg met doden en gewonden. Jaar 2002*. Brussel: NIS. Gedownload op 2 december 2005 van http://statbel.fgov.be/pub/home_nl.asp?x=12&y=6
- Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS) (2006a). *Huishoudbudgetonderzoek 2004. Gemiddelde uitgaven per huishouden en per jaar - tot op 6 cijfers*. Brussel: NIS. Data verkregen op verzoek.
- Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS) (2006b). *De evolutie van het aantal bloedafnamen bij verkeersongevallen op de openbare weg, volgens alcoholgehalte - 2002*. Brussel: NIS. Data verkregen op verzoek.
- Nationale Bank Van België (NBB) (2005). *Statistieken van de buitenlandse handel*. Data verkregen op verzoek.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1996). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV*. Lisse: Swets & Zeitlinger BV Publishers.
- Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisatie (OIVO) (2005). *Alcohol en alcoholische dranken*. Brussel: OIVO. Gedownload op 25 januari 2006 van <http://www.oivo-crioc.org/nl/>
- Pacolet, J., Degreef, T. & Bouten, R. (2003). *Sociale kosten-batenanalyse van alcoholgebruik en -misbruik in België*. Leuven: Katholieke universiteit Leuven, Hoger instituut voor de arbeid.

- Pernanen, K. (2001). What is meant by "alcohol-related" consequences? In: H. Klingemann & G. Gmel (eds.), *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*. (pp. 21-31) Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- PopovGGZ (2005). *Overzicht gegevens gedwongen opname Oost-Vlaanderen 2005*. Gent: Popovggz. Gedownload op 13 augustus 2005 van <http://www.popovggz.be/>
- Pos, S.E. & Hekkink, C.F. (2004). *Determinanten van alcoholgebruik bij volwassenen*. Woerden: NIGZ.
- Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ) (2005). *Gedecentraliseerde gegevens over tewerkstelling*. Brussel: RSZ. Data verkregen op verzoek.
- Rossow, I., Pernanen, K & Rehm, J. (2001). Accidents, Suicide and Violence. In: H., Klingemann & G. Gmel (eds.). *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption* (pp. 93-112). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Schmid, H. & Nic Gabhainn, S. (2004). Alcohol Use. In: C., Currie, C., Roberts, A., Morgan, R., Smith, W., Settertobulte, O., Samdal & V., Barnekow Rasmussen (eds.). *Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2001/2002 survey* (pp. 73-83). Copenhagen: WHO.
- Schrooten, J. (2004). *Alcoholdossier. Een literatuurstudie over het gebruik van alcohol bij volwassenen*. Brussel: VAD.
- Schutten, M., van den Eijnden, R.J.J.M. & Knibbe, R.A. (2003). *Onderzoeksrapportage alcohol en werk*. 's Gravenhage: Ministerie van sociale zaken en werkgelegenheid.
- Settertobulte, W. & Gaspar de Matos, M. (2004). Peers and Health. In: C., Currie, C., Roberts, A., Morgan, R., Smith, W., Settertobulte, O., Samdal & V., Barnekow Rasmussen (eds.). *Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2001/2002 survey* (pp. 178-183). Copenhagen: WHO.
- Settertobulte, W., Bruun Jensen, B. & Hurrelmann, K. (2001). *Drinking Among Young Europeans*. Copenhagen: WHO.
- Staatssecretaris voor administratieve vereenvoudiging (2005). *Minder papier voor fuiven en horeca. Vereenvoudiging procedure vergunning voor gegiste dranken en sterke drank*. Gedownload op 19 januari 2006 van http://www.vvsg.be/nl/lokale_economie_en_werk/detail.shtml?number=9122
- Steunpunt Algemeen Welzijnswerk (2005). *Registratiegegevens 2004*. Antwerpen: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. Data verkregen op verzoek.
- Stichting Alcoholpreventie (2005). *Zwanger? ... en alcohol?* Utrecht: Stichting Alcoholpreventie. Gedownload op 27 januari 2005 van <http://www.alcoholpreventie.nl/zwangerschap/gevolgen.php3>
- Studentstart (2002). Dossier drugs. De resultaten van de drugsenquête. Gedownload op 15 maart 2002 van <http://www.studentstart.be/DossierDrugs/>
- Thienpont, J. & van Zuijlen, M. (2003). *VVBV: cijfergegevens 2000-2001-2002*. Gent: VVBV.
- Thienpont, J. & van Zuijlen, M. (2004). *VVBV: cijfergegevens 2003*. Gent: VVBV.
- Van Baelen, L., & Wydoodt, J-P. (1998). *Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM): Jaarrapport 1996*. Brussel: VAD.
- Van Casteren, V. (2004). Surveillance van problemen verbonden aan intentioneel geweld, gemeld door huisartsenpraktijken in België. *Episcoop*, 4, 3, 2-3.
- Van de Wiel, A. (1993). *Alcohol en ziekte*. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge.

- Van Den Brink, W. & Geerlings, P. (1999). Farmaca in de behandeling van verslavingen (deel 1). *Psychopraxis*, 1, 1, 23-29.
- Van Den Bruel, A., Aertgeerts, B., Hoppenbrouwers, K., Roelants, M. & Buntinx, F. (2004). CUGE: A Screening Instrument for Alcohol Abuse and Dependence in Students. *Alcohol & Alcoholism*, 39, 5, 439-444.
- Van Havere, T. (2005). *Partywise. Kwalitatief onderzoek naar trends in druggebruik in het uitgaansleven - 2004*. Brussel: VAD.
- Van Havere, T., De Donder, E., De Vriendt, W., Geirnaert, M., Rosiers, J. & Schrooten, J. (2004). *Partywise. Kwantitatief onderzoek naar trends in druggebruik in het uitgaansleven - 2003*. Brussel: VAD.
- Vandenbussche, E. (2001). *Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM). Registratiegegevens 1999*. Brussel: VAD.
- Vandenbussche, E., & Wydoodt, J-P. (2000). *Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM): Registratiegegevens 1998*. Brussel: VAD.
- Vandercammen, M. (2004). *Adolescenten en consumptie*. Brussel: OIVO.
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Lievens, K. & Broekaert, E. (2003). *De Oost-Vlaamse drughulpverlening in cijfers: kenmerken, zorggebruik en uitstroom van personen in behandeling*. Gent: Universiteit Gent, Gent: Provincie Oost-Vlaanderen, Drongen: PopovGGZ.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001). *De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening. Registratie van aanmeldingen en intakes tussen februari 1999 en mei 2000*. Gent: Universiteit Gent, Gent: Provincie Oost-Vlaanderen, Drongen: PopovGGZ.
- Vanderplasschen, W., Lobbens, P., Messely, J., Meul, J., Seynaeve, P., Vermeiren, D. & Colpaert, C. (2005). *Evaluatie van de behandeling van alcoholafhankelijkheid in een aantal psychiatrische ziekenhuizen: ontwikkeling van een instrument en procedure*. Gent: universiteit Gent-vakgroep orthopedagogiek.
- Vereecken, C. & Maes, L. (2002). *Voorlopig rapport jongeren en gezondheid 1990-2002*. Gent: Universiteit Gent. Gedownload op 5 mei 2003 van <http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be>
- Vereniging voor alcohol- en andere drugproblemen (VAD) (2006). *Analyse DrugLijnregistratie 2001-2005*. Intern document.
- Verstuyf, G. (2004). Overzicht van het hulpverleningsaanbod in Vlaanderen. In A. Ansoms, J., Casselman, F., Matthys & G. Verstuyf (red.). *Hulpverlening bij problematisch alcoholgebruik*. (pp.291-294). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Vlaamse Overheid (2004a). *Statistiek van de doodsoorzaken 1998*. Brussel: administratie gezondheidszorg. Gedownload op 23 april 2004 van <http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren/>
- Vlaamse Overheid (2004b). *Statistiek van de doodsoorzaken 1999*. Brussel: administratie gezondheidszorg. Gedownload op 23 april 2004 van <http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren/>
- Vlaamse Overheid (2004c). *Statistiek van de doodsoorzaken 2000*. Brussel: administratie gezondheidszorg. Gedownload op 23 april 2004 van <http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren/>

- Vlaamse Overheid (2005a). *Statistiek van de doodsoorzaken 2001*. Brussel: administratie gezondheidszorg. Gedownload op 6 oktober 2005 van <http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren/>
- Vlaamse Overheid (2005b). *Statistiek van de doodsoorzaken 2002*. Brussel: administratie gezondheidszorg. Gedownload op 6 oktober 2005 van <http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren/>
- Vlaamse Overheid (2005c). *Alcoholgerelateerde overlijdens 1995-2002*. Brussel: administratie gezondheidszorg. Data verkregen op verzoek
- Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (VVGG) (2005). *Registratie CGG 1995-2002*. Gent: VVGG. Data verkregen op verzoek.
- Vrankx, A (2005). *Gedwongen opnames in Vlaams-Brabant – bespreking cijfergegevens 2001-2004*. Heverlee: VZW Logistiek Labo/Overlegplatform ggz Vlaams-Brabant
- Wechsler, H., Lee, J.E., Kuo, M. & Lee, H. (2000). College binge drinking in the 1990s: a continuing problem. Results of the Harvard school of public health 1999 college alcohol study. *Journal of American college health*, 48, 5, 199-210.
- Wells, S., Graham, K. & West, P. (2000) Alcohol-related aggression in the general population. *Journal of studies on alcohol*, 61, 4, 626-632.
- White, I.R., Altman, D.R. & Nanchahal, K. (2002). Alcohol consumption and mortality: modeling risks for men and women at different ages. *British Medical Journal*. 325, 7357, 191.
- World Health Organization (WHO) (2000). *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. S.I.: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2004). *Global Status Report on Alcohol 2004*. Genève: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2005). *International Classification of Diseases (ICD)*. S.I.: WHO. Gedownload op 24 augustus 2005 van <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- World Health Organization (WHO) (2006). *Consolidated regional alcohol profile. Price Comparison*. WHO Europe. Gedownload op 2 februari 2006 van <http://data.euro.who.int/alcohol/Default.aspx?TabID=2422>